Community Services Agency Development Corporation
Programa de Asistencia para la Climatización
1094 E. 8th Street, Reno, NV 89512
Teléfono: (775) 786-6023 | Fax: (775) 786-5743
www.csareno.org

Gracias por solicitar una aplicación para el Programa de Asistencia para la Climatización. Complete esta solicitud en su totalidad, incluyendo firmas, fechas y la documentación complementaria requerida. **Las solicitudes completas pueden enviarse por correo electrónico a weatherization@csareno.org, entregarse en persona en la dirección mencionada arriba o enviarse por correo a Community Services Agency, ATTN: Weatherization, PO Box 10167, Reno, NV 89510.**

Para procesar su solicitud y determinar su elegibilidad, es necesario que incluya todos los documentos requeridos que se mencionan a continuación:

☐ **Por favor, lea, firme y devuelva todos los formularios de solicitud de este paquete, incluyendo:**

- ☐ Solicitud de Asistencia
- ☐ Aviso de Derechos y Obligaciones
- ☐ Folleto Informativo para el Cliente
- ☐ Autorización para Acceder a Información de Servicios Públicos
- ☐ Formulario de Informe de Datos Raciales y Étnicos
- ☐ Certificación de Ingresos Nulos, si corresponde
- ☐ Información Complementaria de la Solicitud CSADC
- ☐ Acuerdo sobre Restricción de Animales y Riesgos para la Salud
- ☐ Formulario de Cuestiones sobre Normas de Aplazamiento y Cumplimiento del Código
- ☐ Formulario de aprobación de la asociación de propietarios (HOA)
- ☐ Acuerdo de Servicio con el Propietario, si corresponde

☐ **Comprobante de ingresos para todas las personas mayores de 18 años que residen en el hogar.** Esto debe incluir los últimos treinta (30) días de talones de pago, declaraciones o cartas de concesión de beneficios de SSI o Seguro Social actuales, registros de pensión, y cualquier otra fuente regular de ingresos o tres (3) meses de estados de cuenta bancarios (cuenta corriente y de ahorros) que muestren depósitos regulares si no están disponibles los talones de pago y/o declaraciones de beneficios. *Cualquier persona en el hogar mayor de 18 años que declare no tener ingresos debe presentar un **Formulario de Certificación de Ingresos Nulos,** que debe completarse y ser notariado.*

☐ **Copias de las tarjetas de Seguro Social o comprobante de estatus migratorio legal** (Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Autorización de Empleo) para cada miembro del hogar, incluyendo niños.

☐ **Una identificación con foto del Jefe del Hogar/Solicitante Principal.**

☐ **Copias de sus facturas de electricidad y gas/propano/petróleo de los últimos 12 meses.** Las copias deben ser las facturas completas de servicios públicos que incluyan su nombre, dirección, número de cuenta y consumo. Si no puede obtener sus facturas de servicios públicos, nuestro equipo podría ayudarle si ha completado el formulario de **Autorización para Acceder a la Información de Servicios Públicos.**

☐ **Propietarios:** Por favor, presente una copia de su escritura, título o factura de impuestos prediales que muestre la propiedad y el año de construcción o fabricación de su vivienda. También se aceptará una copia impresa de la Oficina del Tasador de su condado.

☐ **Inquilinos:** Asegúrese de incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono de su arrendador o del dueño de la propiedad y obtener su firma en el **Acuerdo de Servicio con el Propietario.**

ES NECESARIO INCLUIR TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR PARA PROCESAR SU SOLICITUD. Una vez procesada su solicitud, nos pondremos en contacto con usted por correo electrónico, correo postal o teléfono para informarle sobre su estado. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, contáctenos al (775) 786-6023 o a weatherization@csareno.org.

DEPARTAMENTO DE NEGOCIOS E INDUSTRIA – DIVISIÓN DE VIVIENDA DE NEVADA
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA CLIMATIZACIÓN
SOLICITUD DE ASISTENCIA

INFORMACIÓN DEL HOGAR

POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA CLARA Y TINTA AZUL O NEGRA, O BIEN MECANOGRAFÍE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN. ENUMERE A TODAS LAS PERSONAS QUE RESIDEN EN EL HOGAR.

Nombres de Todos los Miembros del Hogar (Apellido, Nombre, Inicial)	**Relación con el Solicitante**	**Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año)	**Número de Seguro Social**	**Sexo**	**Ciudadano de EU o No Ciudadano Elegible** Sí	No	**¿Médicamente Incapacitado?** Sí	No
	SOLICITANTE							

***Enumere los nombres de todos los miembros del hogar no ciudadanos autorizados como residentes legales de los Estados Unidos y proporcione copias del anverso y reverso de su I-688 (Tarjeta de residente temporal) o I-55I (Tarjeta de residente permanente) con esta solicitud.**

Dirección de Domicilio (*incluya el número de apartamento o unidad)* Cuidad Estado Código Postal

Dirección de Envio *(si es diferente al domicilio de casa)* Cuidad Estado Código Postal

Teléfono de Casa_____ Teléfono Móvil_____ Correo Electrónico_____

¿Cuál es su idioma principal de comunicación? _____

INFORMACIÓN SOBRE EL DOMICILIO

TIPO DE VIVIENDA: ☐Casa Unifamiliar ☐Casa Móvil ☐2-4 Unidades ☐5+ Unidades
LA CASA ES: ☐Alquilada ☐ Propia (No aplica para alquiler de espacio para casa móvil)

SOLO INQUILINOS Propietario: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Es usted beneficiario de Sección 8 o de cualquier otro programa de vivienda de HUD? ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido esta casa alguna vez servicios de climatización? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuándo? _____

¿La vivienda cuenta con Asociación de Propietarios? ☐ Sí ☐ No

ELEGIBILIDAD

¿Recibe algún miembro del hogar alguno de los siguientes ingresos o beneficios? **MARQUE TODAS QUE CORRESPONDAN.**

☐ Asistencia Energética ☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) ☐ TANF ☐ Pensión Alimenticia ☐ Anualidades
☐ Depósitos Directos ☐ Aportaciones en Efectivo ☐ Ingresos por Discapacidad ☐ Dividendos ☐ Ingresos Agrícolas
☐ Ganancias de Juegos de Azar o Lotería ☐ Pagos de Seguros ☐ Interés ☐ Pago militar ☐ Jubilación
☐ Subsidio de Huelga ☐ Seguro Social (RSDI) ☐ Pagos de Cánones ☐ Trabajo Autónomo ☐ Seguro por Incapacidad (SSDI)
☐ Compensación para Trabajadores ☐ Arreglos de vida con apoyo ☐ Estipendios de Capacitación ☐ Beneficios del VA ☐ Salarios, Comisiones o Propinas
☐ Distribuciones de fideicomisos o patrimonios

AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Reconocimiento del Solicitante: Por la presente, autorizo cualquier investigación relacionada conmigo y con otros miembros de mi hogar que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para los beneficios recibidos o que se recibirán bajo los programas administrados por la División de Vivienda de Nevada. Por la presente, autorizo y consiento la divulgación de toda información confidencial por ley o privilegiada según NRS 49.255 o cualquier otra disposición legal. Por la presente, libero al titular de dicha información de cualquier responsabilidad, si la hubiera, derivada de la divulgación de la información requerida. Reconozco que una copia reproducida de esta autorización constituye legalmente una copia original. Consiento que la División de Vivienda de Nevada o sus representantes puedan supervisar mi consumo de energía, informar a los proveedores sobre subvenciones de asistencia y verificar cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad para la asistencia. Entiendo que debo proporcionar información completa y precisa, y que la ocultación intencional de información podría resultar en un proceso penal. **JURO QUE TODAS LAS RESPUESTAS SON VERDADERAS.**

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

DEPARTAMENTO DE NEGOCIOS E INDUSTRIA – DIVISIÓN DE VIVIENDA DE NEVADA
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA CLIMATIZACIÓN
AVISO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES

Al solicitar y recibir los servicios del Programa de Asistencia para la Climatización de Viviendas, entiendo y acepto lo siguiente:

I. ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS DE CLIMATIZACIÓN

1. Para recibir servicios del Programa de Asistencia para la Climatización de Viviendas (WAP, por sus siglas en inglés), debe presentar una solicitud completa y cumplir con los requisitos de elegibilidad. La solicitud debe incluir información verdadera y correcta sobre lo siguiente:
    a. **Integrantes del hogar** – Deben incluirse en la solicitud todas las personas que viven en la vivienda, sin importar su parentesco con el solicitante. Nota: La División de Vivienda de Nevada (NHD) requiere que el personal de la agencia subreceptora verifique que el número de personas que viven en el hogar coincida con la información proporcionada en la solicitud durante la evaluación de climatización.
    b. **Ingresos contables** – Deben reportarse todas las fuentes de ingresos que recibe el hogar.
    c. Ciudadanía o estatus migratorio – Cuando sea un requisito del programa, los integrantes del hogar deben ser ciudadanos de los Estados Unidos o tener un estatus migratorio legal para ser elegibles para los servicios de climatización.
    d. **Identificación** – El solicitante debe proporcionar una copia de una identificación oficial con fotografía.
    e. Elegibilidad por Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) – Un hogar puede ser automáticamente elegible para los servicios de climatización si recibió beneficios de TANF durante los 12 meses anteriores a la fecha de la solicitud.
    f. **Elegibilidad por el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)** – Un hogar puede ser automáticamente elegible si recibió beneficios de LIHEAP durante los 12 meses anteriores a la fecha de la solicitud.
    g. **Elegibilidad por el programa de Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI**) – Un hogar puede ser automáticamente elegible si alguno de sus integrantes recibió beneficios de SSI durante los 12 meses anteriores a la fecha de la solicitud.
2. El hogar (incluyendo aquellos que cumplen con los criterios descritos en las secciones I.1.e, I.1.f y I.1.g) acepta proporcionar toda la documentación que el personal del Programa de Asistencia para la Climatización necesite para verificar que el hogar y la vivienda cumplen con los requisitos para recibir los servicios del WAP.
3. El hogar acepta informar cualquier cambio en el número de personas que viven en la vivienda, en los ingresos del hogar o en cualquier otra información relacionada con la elegibilidad para recibir servicios de climatización, desde el momento en que presenta la solicitud hasta que el trabajo haya sido completado.
4. Si el hogar es elegible, pero el trabajo no se ha completado dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de la solicitud original, es posible que se solicite información actualizada sobre los ingresos y otros datos del hogar.
5. La vivienda podría no ser elegible para recibir servicios de climatización si ya fue climatizada anteriormente, dependiendo de la fuente de financiamiento utilizada y de cuándo se realizaron esos trabajos.

II. ASOCIACIONES DE PROPIETARIOS (HOA), VIVIENDAS DE ALQUILER Y PROPIEDADES EN VENTA

1. Si la propiedad pertenece a una Asociación de Propietarios (HOA, por sus siglas en inglés), el hogar deberá obtener y presentar la aprobación por escrito de la HOA para el alcance del trabajo antes de que comiencen los trabajos, cuando dicha aprobación sea requerida. Nota: **Si la HOA exige que se retiren o reemplacen materiales porque no aprobó el trabajo antes de que fuera realizado por el Programa de Asistencia para la Climatización, el propietario será responsable de cubrir los costos de retirar o reemplazar esos materiales.**
2. Para que una vivienda de alquiler sea elegible para recibir asistencia del Programa de Asistencia para la Climatización, el propietario deberá pagar como mínimo el cincuenta por ciento (50%) del costo instalado de las mejoras permanentes relacionadas con reparaciones de $2,000 o más, o del costo total del reemplazo de cualquiera de los siguientes elementos: sistemas de calefacción y aire acondicionado, calentador de agua, aislamiento (techo, ático, paredes, piso y conductos de aire) y reemplazo de ventanas**.** Nota: Las mallas solares para ventanas (*solar screens*) no requieren aportación económica del propietario.
3. Un edificio que contenga viviendas de alquiler puede recibir servicios de climatización cuando el propietario o su representante autorizado otorgue un permiso por escrito, notarizado, y se cumplan los requisitos mínimos de ocupación establecidos por el programa.
4. Las propiedades utilizadas exclusivamente para alquileres de corta duración (como Airbnb, VRBO u otras plataformas similares) no son elegibles, ya que no se consideran la residencia permanente del solicitante.
5. Las propiedades de alquiler vacacional de corta duración solo pueden recibir servicios de climatización si constituyen la residencia principal del solicitante y cumplen con los requisitos de ingresos del programa. Las propiedades utilizadas únicamente con fines comerciales o vacacionales no son elegibles.

6. La vivienda no es elegible para recibir asistencia del Programa de Asistencia para la Climatización si la propiedad se encuentra actualmente en venta.
7. Entiendo que, si la propiedad se pone en venta o se vende dentro del año siguiente a la realización de los trabajos de climatización, podría ser responsable de reembolsar al Estado el costo de los materiales y la mano de obra.

III. TRABAJOS DE CLIMATIZACIÓN

1. Las mejoras de eficiencia energética aprobadas se determinan mediante una evaluación de energía de la vivienda. Los hogares no pueden elegir mejoras que la evaluación determine que no son necesarias.
2. Los trabajos de mejoras de eficiencia energética que se realizarán son pagados con fondos federales y estatales y no tienen ningún costo para el propietario de la vivienda, a menos que la vivienda sea una unidad de alquiler.
3. La mano de obra de todos los materiales instalados tiene una garantía de 90 días a partir de la fecha en que se certifique que los trabajos de mejoras de eficiencia energética fueron completados en el Informe de Climatización del Edificio.
4. Después de que se complete el trabajo, la vivienda no será elegible para recibir asistencia adicional de mejoras de eficiencia energética durante el período establecido por las reglas del Programa de Asistencia de Climatización.
5. El propietario de la vivienda o su representante autorizado debe firmar el Alcance del Trabajo para aprobar los trabajos de mejoras de eficiencia energética que se han planificado. Los trabajos que se realicen pueden cambiar si durante la visita a la vivienda se encuentran condiciones inesperadas.

IV. COOPERACIÓN CON EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CLIMATIZACIÓN

1. El hogar debe cooperar proporcionando toda la documentación necesaria para determinar su elegibilidad para recibir asistencia de climatización. Si no proporciona la información requerida, los servicios pueden ser negados o cancelados.
2. El hogar debe cumplir con las citas programadas y permitir el acceso a la vivienda cuando sea necesario para realizar las actividades de climatización, incluyendo la evaluación de energía y la inspección final.
3. Si el hogar no permite el acceso para realizar la inspección final, será responsable de reembolsar al Estado el costo del proyecto de climatización.
4. El comportamiento grosero o irrespetuoso por parte de un miembro del hogar puede ser motivo para cancelar el proyecto de climatización.

V. EXPECTATIVAS DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DISCRIMINACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CLIMATIZACIÓN

1. Ningún representante del Programa de Asistencia de Climatización divulgará, directa o indirectamente, la información obtenida de los participantes. Esta información será utilizada únicamente para la administración y el cumplimiento de los objetivos del Programa de Asistencia de Climatización.
2. Ninguna persona será rechazada para recibir asistencia de climatización ni será discriminada por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión. Si el hogar considera que ha sido víctima de discriminación, puede llamar o escribir a la agencia local que administra el Programa de Asistencia de Climatización. Si el problema no puede resolverse a nivel local, puede enviar una queja por escrito a la División de Vivienda de Nevada (Nevada Housing Division), Programa de Climatización, 1830 College Parkway, Suite 200, Carson City, Nevada 89706.
3. Las quejas o preguntas relacionadas con las acciones tomadas o los trabajos realizados en la vivienda deben resolverse con la agencia donde el hogar presentó originalmente su solicitud. La queja debe recibirse dentro de los 30 días siguientes a la fecha del incidente o a la fecha de finalización del proyecto.
4. Si el hogar no puede resolver el problema a nivel de la agencia local, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de la División de Vivienda de Nevada (NHD) mediante la presentación de un Formulario de Queja del Cliente (Client Grievance Form) obtenido de NHD. El formulario debe presentarse dentro de los 60 días posteriores a la respuesta de la agencia local a la queja.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE ENTIENDO Y HE RECIBIDO UNA COPIA DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES COMO SOLICITANTE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA CLIMATIZACIÓN ESTATAL.

FIRMA DE SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

Community Services Agency

Community Services Agency Development Corporation
Programa de Asistencia para la Climatización
Información Complementaria de la Solicitud

Información del Solicitante: Complete la siguiente información para la persona que busca asistencia

Nombre: _____ **Condado de Residencia:** _____
Primer nombre *Inicial* *Apellido* *Sufijo*

Nombre Preferido: _____ **Pronombres Preferidos:** _____

Género	Estado Civil		Discapacidad	Veterano	Servicio Militar	Padre Adoptivo
☐ Femenina	☐ Unión Civil	☐ Casado	☐ Sí	☐ Sí	☐ Sí	☐ Sí
☐ Masculino	☐ Divorciado	☐ Soltero	☐ No	☐ No	☐ No	☐ No
☐ No binario	☐ Separado	☐ Viudo				
☐ Transgénero						

Raza		Origen Étnico
☐ Asiático	☐ Multirracial	☐ Hispano, Latino o Español
☐ Blanco	☐ Negro o Afroamericano	☐ No Hispano, Latino o Español
☐ Hawaiano o de otras Islas del Pacífico	☐ Otro: _____	
☐ Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska		

Idioma Primario	Dominio del Inglés		Mayor Nivel de Educación Completado	
☐ Inglés	☐ Ninguno	☐ Mediano	☐ Menos de Grado 8	☐ Certificado o licencia
☐ Español	☐ Escaso	☐ Competente	☐ Grado 9-12/Sin Diploma	☐ Titulo asociado
☐ Otro: _____			☐ GED/HiSET o equivalente	☐ Licenciatura
			☐ Diploma de escuela secundaria	☐ Título de posgrado
			☐ Algunos estudios postsecundarios	

Situación Laboral Actual

☐ Tiempo Completo (30+ horas/semana)	☐ Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos)
☐ Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana)	☐ Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses)
☐ Empleado por Temporada	☐ Desempleado - No Busca Trabajo
☐ Trabajador Agrícola Temporal Migrante	☐ Desempleado - Discapacitado
☐ Desempleado - Estudiante	☐ Jubilado
☐ Desempleado - En Formación Profesional	

Tipo de Seguro Médico

☐ Ninguno	☐ Seguro Privado	☐ Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
☐ Medicaid	☐ Proporcionado por el Empleador	☐ Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP)
☐ Medicare	☐ Cuidado de la Salud Indio/Tribal	☐ Otro: _____
☐ Compra Directa	☐ Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas	

¿Alguien en su hogar recibe alguno de los siguientes servicios?

☐ WIC	☐ Sección 8 de Vales	☐ Asistencia de Energía
☐ SNAP/Cupones de Alimentos	☐ Vivienda Pública	☐ Seguridad de Ingreso Suplementario
☐ TANF	☐ El Acogimiento	

¿Cómo se enteró de nuestra agencia?

☐ Familia	☐ Amigo	☐ Organización de la Comunidad	☐ Head Start
☐ Otro Programa de CSA	☐ Evento Comunitario	☐ Póster/Folleto	☐ Medios de Comunicación Social
☐ Búsqueda de Internet	☐ Radio o Televisión	☐ Periódico o Anuncio Impreso	☐ Otro: _____

Fuentes de Energía Doméstica

Fuente de Calor Principal: ☐ Electricidad ☐ Gas Natural ☐ Propano ☐ Solar ☐ Aceite
☐ Estufa de leña/pellets ☐ Otro: _____

Calentador de Agua: ☐ Electricidad ☐ Gas Natural ☐ Propano ☐ Solar

Proveedor de Servicios Eléctricos: _____

Proveedor de Servicios de Gas: _____

Otro Proveedor de Servicios Públicos: _____

Evaluación de Necesidades del Hogar

La siguiente información nos ayuda a identificar recursos y servicios adicionales que podrían beneficiarle. Sus respuestas son voluntarias y no afectarán su elegibilidad para el programa.

¿Su hogar experimenta alguno de los siguientes problemas? (Marque todas las opciones que correspondan)

☐ Dificultad para pagar la renta o la hipoteca; riesgo de desalojo o de perder la vivienda
☐ Facturas de servicios públicos vencidas; riesgo de corte de servicios
☐ Falta de alimentos suficientes o dificultad para acceder a alimentos y compras de supermercado
☐ Necesidades médicas no cubiertas, dificultad para pagar medicamentos u otras preocupaciones importantes de salud
☐ Falta de transporte confiable
☐ Dificultad para cubrir los gastos del hogar con los ingresos actuales
☐ Necesidad de ayuda para encontrar empleo, entrenamiento laboral o servicios de desarrollo profesional
☐ Necesidad de cuidado infantil o servicios de educación temprana
☐ Necesidad de cuidado para personas mayores, servicios relacionados con el envejecimiento o servicios para personas con discapacidad
☐ Problemas de seguridad en la vivienda que NO están relacionados con la climatización o la eficiencia energética (plagas, riesgos de caídas, necesidades de accesibilidad, etc.)
☐ Otras necesidades urgentes del hogar (por favor, describa):_____

¿Le gustaría que CSA le proporcionara información sobre los recursos comunitarios disponibles? ☐ Sí ☐ No

Contacto Alternativo

Comparta el nombre y el número de teléfono de un contacto alternativo al que podamos contactar si no podemos comunicarnos con usted para programar auditorías energéticas, trabajos contratados o inspecciones.

Nombre: _____

Núm. de Teléfono: _____ **Relación:** _____

Declaración de Divulgación del Solicitante del Programa (Firma Requerida)

Por la presente declaro que la información contenida en esta solicitud de servicios del programa es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Ni yo ni nadie que me represente he hecho declaraciones falsas o engañosas. La aceptación de la solicitud no garantiza que los servicios se realizarán bajo ningún programa, y reconozco que los servicios dependen de muchas cosas, incluidas las solicitudes precisas, la disponibilidad de fondos y la determinación de que el solicitante califica para el programa.

Al firmar a continuación, libero, libero y exonero a la Agencia de Servicios Comunitarios, sus agentes y representantes y a cualquier persona que proporcione información o la examine de cualquier responsabilidad de toda naturaleza y tipo que surja del suministro e inspección de dichos documentos, registros, y otra información, y este comunicado obligará a mis representantes legales a usar la información que he proporcionado agregada con otros clientes y clientes de la Agencia de Servicios Comunitarios para todos y cada uno de los fines de informes y financiación.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:**:_____

Community Services Agency, sus agentes, socios y fuentes de financiación no discriminan por motivos de raza, color, sexo, edad, religión, origen nacional, discapacidad, estado civil, orientación sexual o identidad de género, ascendencia o cualquier otra consideración realizada ilegal por las leyes de discriminación aplicables.

DEPARTAMENTO DE NEGOCIOS E INDUSTRIA – DIVISIÓN DE VIVIENDA DE NEVADA
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA CLIMATIZACIÓN
FORMULARIO DE INFORME DE DATOS SOBRE RAZA Y ÉTNICA

Este formulario es solo para fines informativos. **No se aplicará ninguna sanción a los solicitantes que no lo completen; sin embargo, el formulario debe firmarse y devolverse junto con la solicitud, incluso si decide no identificarse.**

Nombre de Solicitante: _____

Dirección de Casa: _____

Instrucciones: Ingrese los nombres de cada miembro del hogar en la fila superior. (Si hay más de seis personas en el hogar, utilice un segundo formulario para incluir a todos los miembros del hogar). Complete las categorías étnicas marcando la casilla 1 o 2 para cada miembro del hogar. Complete las categorías raciales marcando cualquiera de las casillas correspondientes del 1 al 5 para cada miembro del hogar. Marque "Sí" o "No" en las dos últimas preguntas. Firme y feche el formulario.

Nombre(s) de los Miembros del Hogar (incluido el jefe de hogar)						
Categorías Étnicas: marque solo una						
1) Hispano o Latino						
2) No Hispano o Latino						
Categorías Raciales: marque todas las que correspondan						
1) Indio Americano o Nativo de Alaska						
2) Asiático						
3) Negro o Afroamericano						
4) Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico						
5) Blanco						

¿Es la jefa de hogar una mujer? ☐ Sí ☐ No

¿El jefe del hogar está discapacitado? ☐ Sí ☐ No

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Community Services Agency Development Corporation
Programa de Asistencia para la Climatización
1094 E. 8th Street, Reno, NV 89512
Teléfono: (775) 786-6023 | Fax: (775) 786-5743
www.csareno.org

ACUERDO DE CUMPLIMIENTO DE RESTRICCIONES ANIMALES Y RIESGOS PARA LA SALUD

Ocupante: _____

Dirección: _____

Durante el tiempo que los equipos de climatización trabajen en su propiedad, solicitamos que todos los animales estén sujetos y que se limpien todos los escombros, así como cualquier problema de salud que se corrija para evitar lesiones o riesgos para la salud de los trabajadores. Esto también eliminará cualquier daño innecesario o confusión que pueda surgir como resultado de que animales sin sujeción abandonen la propiedad mientras se realizan los trabajos de climatización.

Este acuerdo exime de toda responsabilidad a la División de Vivienda de Nevada, a la Corporación de Desarrollo de la Agencia de Servicios Comunitarios y a cualquier subcontratista o trabajador. Tenga en cuenta que, en caso de que usted, el ocupante, no cumpla con este acuerdo, la División de Vivienda de Nevada y cualquiera de sus agentes podrán ejercer el derecho de retirar su solicitud del proyecto.

Gracias,
Programa de Asistencia para la Climatización

Incluya sus comentarios a continuación si desea proporcionar información con antelación sobre la presencia de animales en la vivienda o posibles problemas de salud.

Comentarios:

_____ _____

Firme del Solicitante **Fecha**

Community Services Agency Development Corporation
Programa de Asistencia para la Climatización
1094 E. 8th Street, Reno, NV 89512
Teléfono: (775) 786-6023 | Fax: (775) 786-5743
www.csareno.org

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA CLIMATIZACIÓN
ESTÁNDARES DE APLAZAMIENTO Y PROBLEMAS DE CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO

NORMAS DE APLAZAMIENTO

El aplazamiento puede ser necesario si los problemas de salud y seguridad no pueden abordarse adecuadamente. La decisión de aplazar las obras en una vivienda es difícil, pero necesaria en algunos casos. Esto no significa que la asistencia nunca estará disponible, sino que las obras deben posponerse hasta que se resuelvan los problemas o se encuentren fuentes alternativas de ayuda. A juicio del auditor, cualquier condición existente que pueda poner en peligro la salud o la seguridad de los trabajadores u ocupantes puede causar el aplazamiento de la climatización. El aplazamiento también puede ser necesario cuando los ocupantes se muestran poco cooperativos, abusivos o amenazantes. Se espera que el personal y los contratistas de CSADC busquen opciones razonables, incluyendo derivaciones, y que utilicen su buen juicio al abordar situaciones difíciles.

CSADC utiliza el Formulario de Aplazamiento del WAP de la División de Vivienda de Nevada para estas situaciones. El formulario debe completarse en su totalidad e incluir una descripción clara del problema, las condiciones bajo las cuales la climatización podría continuar, las responsabilidades de todas las partes involucradas y la firma del cliente, indicando que comprende y ha sido informado de sus derechos y opciones. Las condiciones de aplazamiento pueden incluir:

1. El cliente tiene problemas de salud conocidos que impiden la instalación de aislamiento y otros materiales de climatización.

2. La estructura del edificio o sus sistemas mecánicos, incluyendo el sistema eléctrico y la plomería, se encuentran en tal estado de deterioro que no pueden resolverse dentro de estas pautas y a un costo razonable; es decir, las reparaciones no son incidentales.

3. La casa tiene problemas de alcantarillado u otros problemas sanitarios, incluyendo excrementos de mascotas/animales, que no pueden corregirse mediante la climatización y que pondrían en mayor peligro al cliente y a los instaladores si se realizaran trabajos de climatización.

4. La casa ha sido declarada inhabitable o los equipos eléctricos, de plomería u otros han sido clasificados como "no aptos" por las autoridades de construcción locales o estatales o las compañías de servicios públicos, y los fondos para la climatización no son suficientes o las medidas correctivas no son costos admisibles.

5. Los problemas de humedad o posibles problemas de humedad, como se mencionó anteriormente, no se pueden resolver con las directrices de salud y seguridad vigentes ni con reparaciones menores.

6. Condiciones peligrosas en la vivienda debido a altos niveles de monóxido de carbono en los aparatos de combustión o su ventilación, que no se pueden resolver con las directrices de salud y seguridad vigentes. CSADC debe tomar medidas inmediatas para garantizar que el aparato no se utilice, incluyendo la indicación al cliente de que se ponga en contacto con un especialista en reparación o reemplazo de aparatos de combustión.

7. El cliente se muestra poco cooperativo, abusivo o amenazante con el personal de WAP o los contratistas.

8. La extensión y el estado de la pintura a base de plomo o cualquier otra condición peligrosa identificada en la vivienda que podría generar riesgos adicionales para la salud y la seguridad.

9. Una plaga que no se puede eliminar razonablemente o que representa un riesgo para la salud de los trabajadores.

10. A juicio del auditor energético, existe cualquier condición que pueda poner en peligro la salud o la seguridad del equipo de trabajo o del subcontratista. 11. Las viviendas con condiciones que puedan generar problemas de salud que requieran más que reparaciones incidentales deben aplazarse.

PROBLEMAS DE CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO

No se permite corregir infracciones del código existentes en una vivienda, a menos que la medida correctiva del código sea necesaria debido a la instalación de una medida de climatización. Se deben seguir los códigos estatales y locales (o de la autoridad competente) al instalar medidas de climatización. Las propiedades declaradas inhabitables y las propiedades donde las condiciones de salud y seguridad con etiqueta roja no puedan corregirse según estas normas de salud y seguridad deben aplazarse. Las correcciones del código que se requieran debido a la climatización, pero que no sean un componente directo de una medida de climatización, se contabilizarán como gastos de salud y seguridad.

Mi firma a continuación indica que entiendo y he recibido una copia de las Normas de Aplazamiento y Asuntos de Cumplimiento del Código como solicitante del Programa Estatal de Asistencia para la Climatización.

_____ _____

Firma del Solicitante **Fecha**

DEPARTAMENTO DE NEGOCIOS E INDUSTRIA – DIVISIÓN DE VIVIENDA DE NEVADA
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA CLIMATIZACIÓN (WAP)

HOJA INFORMATIVA PARA EL CLIENTE

Nombre de Cliente: _____ Dirección: _____

Cómo Se Toman las Decisiones Sobre el Programa

Estamos emocionados de trabajar con usted y ayudar a que su hogar sea más seguro, cómodo y eficiente en el uso de energía. Para asegurarnos de que cada vivienda reciba las mejores mejoras posibles, el Departamento de Energía de los Estados Unidos (DOE) y los fondos estatales requieren que sigamos un proceso específico.

Así Funciona el Programa de Climatización:

- Un auditor de energía certificado y con licencia coordinará con usted una visita a su vivienda y realizará una evaluación detallada de energía.
- Esta evaluación nos ayuda a determinar qué mejoras permitirán ahorrar la mayor cantidad de energía y cumplirán con las normas de salud y seguridad del DOE y del Estado de Nevada.
- Debido a estas reglas federales y estatales, los participantes no pueden elegir ni solicitar mejoras específicas.
- Solamente se pueden instalar las mejoras que cumplan con los estándares del DOE y del Estado de Nevada.

Nuestro objetivo es asegurarnos de que su vivienda reciba las mejoras más efectivas, mientras cumplimos completamente con los requisitos del Programa de Asistencia de Climatización (WAP).

Reconocimiento del Cliente

Entiendo que el Programa de Asistencia de Climatización del DOE y del Estado de Nevada determina qué mejoras pueden instalarse en mi vivienda basándose en los resultados de una evaluación de energía. También entiendo que no puedo seleccionar ni solicitar mejoras específicas.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Gracias por su Participación

Gracias por participar en el Programa de Asistencia para la Climatización. Agradecemos su cooperación y la oportunidad de ayudar a mejorar la comodidad, la seguridad y la eficiencia energética de su hogar. Nuestro equipo está comprometido a brindar un servicio de calidad y nos complace apoyarle durante este proceso.

El cliente puede recibir una copia de este formulario si la solicita.

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA CLIMATIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A INFORMACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

Como parte del Programa de Asistencia para la Climatización de Viviendas (WAP, por sus siglas en inglés), Community Services Agency Development Corporation (CSADC) revisa el consumo de energía de su vivienda para determinar qué mejoras pueden ayudar a ahorrar energía y para medir la efectividad de los trabajos realizados. La documentación sobre el uso de energía es un requisito del proceso de solicitud.

Con su autorización, CSADC puede obtener directamente de su(s) compañía(s) de servicios públicos la información de su cuenta y su consumo de energía mediante un portal electrónico seguro u otro método autorizado. Esta autorización puede reducir la necesidad de que usted reúna y entregue sus registros de servicios públicos como parte de su solicitud, dependiendo de la compañía que le proporciona el servicio. Esta autorización solamente permite que CSADC acceda a la información de servicios públicos necesaria para administrar el Programa de Asistencia para la Climatización de Viviendas. No permite que CSADC haga cambios en su cuenta ni que actúe en su nombre ante su compañía de servicios públicos.

La información obtenida mediante esta autorización se utilizará únicamente para los siguientes fines:

1. Determinar si usted cumple con los requisitos para participar en el Programa de Asistencia para la Climatización de Viviendas.
2. Obtener la información de servicios públicos requerida para procesar su solicitud y reducir la cantidad de documentos que usted debe proporcionar.
3. Evaluar el consumo de energía de su vivienda antes y después de recibir los servicios de climatización para medir la efectividad de las mejoras realizadas.
4. Cumplir con los requisitos de informes establecidos por el gobierno federal, estatal, las compañías de servicios públicos y el programa.

CSADC mantendrá la confidencialidad de su información de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, los requisitos de las subvenciones y las políticas de privacidad de la agencia.

DIRECCIÓN DEL SERVICIO DE SERVICIOS PÚBLICOS

Nombre del Titular de la Cuenta: _____

Dirección donde se proporciona el servicio: _____

Cuidad: _____ **Estado:** Nevada **Código Postal:** _____

INFORMACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

Indique todas las cuentas de servicios públicos que proporcionan servicio a la vivienda, incluyendo electricidad y gas natural, si corresponde.

Nombre de la Compañía: _____ **Numero de Cuenta del Servicio:** _____

Nombre de la Compañía: _____ **Numero de Cuenta del Servicio:** _____

AUTORIZACIÓN

Al firmar este formulario, autorizo a CSADC a acceder a mi información para los fines descritos en esta Autorización. Acepto que este consentimiento incluye información de la cuenta, registros de facturación, uso y consumo de energía, historial de consumo, información del medidor, estado de la cuenta y, cuando esté disponible, hasta doce (12) meses de historial de servicios públicos anteriores a la fecha de esta Autorización. Acepto que este consentimiento entra en vigor en la fecha en que se firma y permanecerá vigente hasta que ocurra una de las siguientes situaciones: doce (12) meses después de la finalización de mi proyecto del Programa de Asistencia para la Climatización de Viviendas (WAP); el cierre de mi solicitud si no se proporcionan servicios; o la fecha en que revoque esta Autorización por escrito.

Firma del Titular de la Cuenta: _____ **Date:** _____

DEPARTAMENTO DE NEGOCIOS E INDUSTRIA – DIVISIÓN DE VIVIENDA
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA CLIMATIZACIÓN
REQUISITO DE APROBACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE PROPIETARIOS (HOA)
ANTES DE REALIZAR TRABAJOS DE CLIMATIZACIÓN

Nombre del Cliente: _____ **Teléfono:** _____

Dirección de la Propiedad: _____

Si su propiedad está sujeta a una Asociación de Propietarios (HOA, por sus siglas en inglés), usted es responsable de obtener la aprobación por escrito para cualquier mejora de climatización que requiera autorización previa de acuerdo con las Normas, Condiciones y Restricciones (CC&R) de su HOA.

La aprobación por escrito debe entregarse al Programa de Climatización dentro de los 30 días siguientes al inicio del proyecto de climatización.

Los clientes son responsables de los costos de retiro, reinstalación o modificaciones que la HOA requiera cuando no se haya obtenido la autorización previa antes de realizar las mejoras de climatización.

La documentación de aprobación de la HOA debe enviarse a:

Agencia:	Community Services Agency Development Corporation (CSADC)
Direccion:	PO Box 10167
	Reno, NV 89510
Número de Fax:	775-786-5743
Correo Electrónico:	weatherization@csareno.org

Reconocimiento del Cliente

Reconozco que mi propiedad está sujeta a una Asociación de Propietarios (HOA, por sus siglas en inglés). Acepto obtener y entregar al contratista de climatización la aprobación por escrito de la HOA con 30 días de anticipación al inicio de cualquier trabajo que requiera autorización de la HOA.

También reconozco que soy responsable de todos los costos relacionados con el retiro, la reinstalación o las modificaciones de los trabajos realizados si no obtuve la autorización previa de la HOA.

Firma: _____ **Date:** _____

O

No tengo una Asociación de Propietarios (HOA).

Firma: _____ **Date:** _____

DEPARTAMENTO DE NEGOCIOS E IN DUSTRIA – DIVISIÓN DE VIVIENDA DE NEVADA
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA CLIMATIZACIÓN (DOE/FEAC/LIHEAP)

ACUERDO DE SERVICIOS PARA PROPIERTARIOS DE VIVIDENDAS EN ALQUILER

Community Services Agency Development Corporation (CSADC), el Subbeneficiario, desea proporcionar servicios de climatización a la(s) vivienda(s) de su(s) inquilino(s) ubicada(s) en la(s) dirección(es) que se indican a continuación:

Nombre de Solicitante	Dirección	Cuidad	Código Postal

Para proporcionar asistencia de climatización, necesitamos que usted acepte las siguientes condiciones:

a) Dar permiso al Subbeneficiario y al contratista para ingresar a la(s) dirección(es) indicada(s) anteriormente y proporcionar los servicios. El trabajo será programado en un horario conveniente para el inquilino.
b) Durante un período de un año, usted no aumentará el alquiler de la(s) unidad(es) indicada(s) debido a que las reparaciones realizadas han aumentado el valor de su propiedad. Este acuerdo no afecta su derecho a realizar aumentos de alquiler normales.
c) Usted no desalojará al(los) inquilino(s) con el propósito de evitar cumplir con el acuerdo indicado en el inciso (b). Este acuerdo no afecta su derecho a desalojar al(los) inquilino(s) por razones normales y permitidas por la ley.
d) La propiedad indicada anteriormente no está en venta, en proceso de ejecución hipotecaria, ni se tiene previsto venderla con el propósito de evitar cumplir con los acuerdos indicados en los incisos (b) y (c).
e) La propiedad indicada anteriormente no ha sido designada para adquisición o demolición por un programa federal, estatal o local dentro de los doce (12) meses posteriores a la fecha programada para completar los trabajos de climatización.
f) Si usted no cumple con los incisos (b), (c) y (d) anteriores, será responsable económicamente de reembolsar al Subbeneficiario los costos de materiales y mano de obra invertidos en la(s) dirección(es) indicada(s).
g) Este formulario debe ser firmado y devuelto al Subbeneficiario mencionado anteriormente dentro del plazo que este requiera o dentro de las dos (2) semanas siguientes a la fecha en que el Subbeneficiario envió el formulario al(los) propietario(s).
h) Los propietarios de viviendas de alquiler, con excepción de viviendas unifamiliares y casas móviles, que reciban servicios a través del Programa de Asistencia para la Climatización de Viviendas (WAP, por sus siglas en inglés) deben contribuir con un mínimo del 50% del costo de cualquier mejora de capital realizada en sus propiedades relacionada con la reparación o reemplazo de los siguientes elementos: sistemas de calefacción o enfriamiento, calentadores de agua, aislamiento (techo, ático, paredes laterales, piso o conductos) y reemplazo de ventanas. La contribución del propietario para reparaciones, y no para reemplazos, solamente será requerida si el costo total de reparación de los elementos de mejora de capital es de $2,000 o más. Esta contribución será pagada directamente al contratista del Programa de Asistencia para la Climatización de Viviendas (WAP). El contratista proporcionará a los propietarios un presupuesto detallado del trabajo que realizará. Esta contribución del propietario será acordada y establecida directamente con el contratista antes de comenzar los trabajos.
   ****NOTA: De acuerdo con NRS 118A.290, "El propietario debe mantener la vivienda en condiciones habitables durante todo el período de arrendamiento."**

Al firmar a continuación, usted acepta cumplir con todas las condiciones indicadas anteriormente.

Firma del Propietario: _____ **Fecha:** _____

i) Si el propietario decide no pagar la contribución del 50% requerida para las mejoras de capital, únicamente se realizarán reparaciones elegibles con un costo menor de $2,000 en los elementos considerados mejoras de capital, sin reemplazar ningún elemento, y solamente se instalarán medidas que no sean mejoras de capital. NO APLICA A VIVIENDAS UNIFAMILIARES NI A VIVIENDAS MÓVILES EN ALQUILER.

Al firmar a continuación, usted decide no pagar la cantidad requerida y acepta que únicamente se realicen reparaciones elegibles menores de $2,000 en los elementos considerados mejoras de capital y que se instalen medidas que no sean mejoras de capital. No se reemplazará ningún elemento considerado una mejora de capital.

Firma del Propietario: _____ **Fecha:** _____

Firma del Contratista de WAP: _____ **Fecha**: _____

Firma del Representante de CSADC: _____ **Fecha**: _____

DEPARTAMENTO DE NEGOCIOS E INDUSTRIA – DIVISIÓN DE VIVIENDA DE NEVADA
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA CLIMATIZACIÓN
CERTIFICACIÓN DE CERO INGRESOS

Este formulario debe ser completado únicamente por cualquier miembro del hogar mayor de 18 años que no tenga ingresos incluidos, según se define a continuación. **Este formulario debe estar firmado y notariado antes de que se pueda determinar la elegibilidad**. Si necesita ayuda con un notario, comuníquese con CSA.

Nombre del Solicitante Principal: _____

Nombre del Miembro del Hogar con Cero Ingresos: _____

Dirección de la Propiedad: _____

Declaro que no recibo ingresos de ninguna de las siguientes fuentes:

- Asistencia para energía
- SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad)
- TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
- Pensión alimenticia
- Anualidades
- Aportaciones en efectivo
- Depósitos directos
- Ingresos por discapacidad
- Dividendos
- Ingresos agrícolas
- Ganancias de juegos de azar o lotería
- Pagos de seguros
- Intereses
- Pago militar
- Pensión
- RSDI (Seguro Social)
- Regalías
- Trabajo por cuenta propia
- SSDI (Seguro for Incapacidad)
- Ingresos por huelga laboral
- Pagos de capacitación
- Distribuciones de fondos fiduciarios o herencias
- Acuerdos de vivienda con apoyo
- Beneficios del VA (Departamento de Asuntos de Veteranos)
- Salarios o comisiones
- Ingresos por propinas

La razón por la que no tengo ingresos es la siguiente:

_____

_____

Gastos Básicos Mensuales:

Comida $ _____

Refugio $ _____

Utilidades $ _____

Estos gastos están siendo pagados por:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Bajo pena de perjurio, certifico que la información presentada en esta certificación es veraz y exacta a mi leal saber y entender. El/La abajo firmante entiende, además, que proporcionar declaraciones falsas en este documento constituye un acto de fraude.

_____ _____ _____

Firma del Miembro del Hogar | Nombre Impreso del Miembro del Hogar | Fecha

State of Nevada
_____ County

On _____ before me, _____, personally
(Date) *(Notary Public's Name)*

appeared _____, who did say that they are named in the foregoing instrument
(Household Member named above)

and acknowledged that he/she executed the same.

_____
Notary Public