

PRE-Application Questionnaire

Revised 3/18/2022

Applicant name: _____ Phone number: _____

Mailing Address if different from Service Address: _____

Email: _____ Language spoken if not English: _____

LIHEAP Program can assist you with one utility bill. Check the utility company you choose to get assistance with: MID, TID, PG&E N/A

Please fill in the amounts for last month's expenses in the space provided. Enter 0 in spaces that do not apply or you had no expenses.

Rent/ Mortgage	\$	CABLE/DTV	\$	Food	\$
Gas/ Propane	\$	Out of Pocket Medical	\$	Clothing	\$
Electric	\$	Public Transportation	\$	Life Insurance	\$
Water	\$	Automobile Payment	\$	Furniture Payment	\$
Garbage	\$	Car Insurance	\$	Credit Card	\$
Phone	\$	Gasoline/ Car Repairs	\$	Childcare	\$
Cellphone	\$	Household supplies	\$	Other	\$

FAMILY TYPE: (Check one) ☐ SINGLE PARENT/FEMALE ☐ SINGLE PARENT/MALE ☐ SINGLE PERSON ☐ 2 ADULTS NO CHILDREN

☐ 2 PARENT HOUSEHOLD ☐ MULTIGENERATIONAL HOUSEHOLD ☐ NON-RELATED ADULTS W/CHILDREN ☐ OTHER EXPLAIN: _____

INCOME TYPE: (Check all that apply) ☐ TANF ☐ ALIMONY/ SPOUSAL SUPPORT ☐ CHILD SUPPORT ☐ PENSION ☐ UIB ☐ WORKERS COMPENSATION
☐ SSI ☐ SSA ☐ SSDI ☐ VA SERVICE CONNECTED DISABILITY COMPENSATION ☐ VA NON SERVICE DISABILITY PENSION ☐ PRIVATE DISABILITY
PENSION ☐ EITC ☐ OTHER: (LIST): _____.

NON-CASH BENEFITS: ☐ AFFORDABLE CARE ACT ☐ CHILD CARE VOUCHER ☐ HOUSING CHOICE VOUCHER ☐ HUD-VASH ☐ LIHEAP ☐ WIC
☐ SNAP/CALFRESH ☐ PUBLIC HOUSING ☐ HOUSING VOUCHER ☐ PERMANENT SUPPORTIVE HOUSING ☐ OTHER (LIST) _____

TENANCY: (Check one) ☐ OWNER ☐ RENTER ☐ OTHER PERMANENT HOUSING ☐ OTHER (LIST): _____

Have you lived at this residence during each of the past 12 months? (Check one) ☐ Yes ☐ No

What is the main fuel you use to HEAT your home? (Check one) ☐ Natural Gas (PGE) ☐ Electricity (MID/TID) ☐ Propane ☐ Wood ☐ Fuel Oil ☐ other

In addition to the main heating fuel, do you ever use any of the following to Heat your home? ☐ Natural Gas ☐ Electricity (such as space heaters) ☐ Wood (in a fireplace/wood stove) ☐ Propane ☐ other fuel ☐ N/A

(Propane ONLY) Name of Propane Company: _____ Are you currently out of fuel? _____.

How many times a year do you fill up propane tank? _____ Approximately. how many days until you run out of fuel? _____.

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING QUESTIONS FOR YOURSELF AND EVERY MEMBER IN YOUR HOUSEHOLD

First & Last name	Relation to applicant	Date of birth	Age	Race	Veteran or Active military Enter Y or N	*Health Insurance Type (Select letter from key below)	**Work Status/Title (Select letter from key below for all HH member 18+)	Farmworker Migrant or Seasonal – Enter Y or N	***Level of Education (Select letter from key below for all HH members age 14 and over)	Is the Person Disabled? Enter Y or N
	Self									

***Health Insurance – a. Medicaid b. Medicare c. Migrant or State Children Health Insurance Program d. State Health Insurance for Adults e. Military Health Insurance f. Direct Purchase g. Employment based h. Unknown/Not Reported**

****Work Status – a. Employed Full Time b. Employed Part time c. Migrant or Seasonal Farmworker d. Unemployed (Short Term 6 months or Less) e. Unemployed (Long Term 6 months or more) f. Unemployed (Not in Labor Force g. Retired h. Unknown/Not Reported**

***** Level of Education – a. Grades 0-8 b. Grades 9 – 12 non-graduate c. High School Grad d. GED Equiv. e. 12 + Some Post-Secondary f. 2 or 4 yr, College Graduate g. Graduate of other secondary school**

Cuestionario de PRE-Solicitud

Revised 4/5/2022

Nombre del solicitante: _____ Numero de telefono: _____

Dirección postal si es diferente de la dirección de servicio: _____

Correo electrónico _____ Idioma preferido que no sea Ingles: _____

El programa LIHEAP puede ayudarlo con una factura de servicios publicos. **Circule la compañía de servicios públicos que elija para obtener asistencia:** MID, TID, PG&E.

Llene la cantidad de los gastos del último mes en el espacio proporcionado. Ingrese 0 en los espacios que no correspondan o en los que no tuvo gastos.

Hipoteca/Renta	\$	Cable	\$	Comida	\$
Gas Propano/ Gas Natural	\$	Gastos médicos de bolsillo	\$	Ropa	\$
Energia Electrica	\$	Transporte Publico	\$	Aseguranza de vida	\$
Agua	\$	Pago de automóvil	\$	Pago de muebles	\$
Basura	\$	Aseguransa de Carro	\$	Tarjeta de credito	\$
Telefono	\$	Gasolina/ Areglos al Carro	\$	Cuidado de niños	\$
Celular	\$	Articulos de uso domestico	\$	Otro: _____	\$

TIPO DE FAMILIA (seleccione uno) ☐ MADRE SOLTERA ☐ PADRE SOLTERO ☐ PERSONA SOLTERA ☐ 2 ADULTOS SIN HIJOS

☐ HOGAR CON DOS PADRES ☐ HOGAR MULTIGENERACIONAL ☐ ADULTOS NO PARENTESCO CON NIÑOS ☐ OTRO EXPLIQUE: _____

TIPO DE INGRESO (seleccione uno) ☐ TANF ☐ PENSION ALIMENTICIA ☐ MANUTENCIÓN DE LOS HIJOS ☐ PENSIÓN ☐ SEGURO DE DESEMPLEO

☐ COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ☐ SSI ☐ SSA ☐ SSDI ☐ COMPENSACIÓN POR DISCAPACIDAD CONECTADA AL SERVICIO MILITAR ☐ EITC

☐ PENSION DE INCAPACIDAD SIN SERVICIO MILITAR ☐ PENSIÓN PRIVADA DE INCAPACIDAD ☐ OTRO (EXPLIQUE) _____

BENEFICIOS NO MONETARIOS:: ☐ AFFORDABLE CARE ACT ☐ BONO DE CUIDADO DE NIÑOS ☐ BONO DE ELECCIÓN DE VIVIENDA ☐ HUD-VASH ☐ LIHEAP ☐ WIC ☐ SNAP/CALFRESH ☐ VIVIENDA PÚBLICA ☐ BONO DE VIVIENDA ☐ VIVIENDA DE APOYO PERMANENTE ☐ OTRO (EXPLIQUE) _____

TENENCIA: (seleccione uno) ☐ DUEÑA ☐ INQUILINO ☐ OTRA VIVIENDA PERMANENTE ☐ OTRO(EXPLIQUE): _____

¿Ha vivido en esta residencia durante cada uno de los últimos 12 meses? (Seleccione uno) ☐ Si ☐ No

¿Cuál es el combustible principal que utiliza para CALENTAR su hogar? (Seleccione uno) ☐ Gas Natural (PGE) ☐ Electricidad (MID/TID) ☐ Gas Propano ☐ Leña

☐ Combustible de aceite ☐ Otro

Además del combustible de calefacción principal, ¿alguna vez usa alguno de los siguientes para calentar su hogar? ☐ Gas Natural ☐ Electricidad (como calentadores portatil) ☐ Leña (en chimenea/estufa de leña) ☐ Gas Propano ☐ Otro tipo de combustible ☐ Ningun Otro

<u>Primer Nombre y apellido</u>	<u>Relacion con solicitante</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Edad</u>	<u>Raza</u>	Veterano o Militar Activo Ingrese Si o No	*Seguro de Salud <u>Seleccione el tipo de seguro usando la letra apropiada</u>	** <u>Seleccione la letra de la clave en la seccion de abajo que corresponda con el estatus / título de su trabajo actual</u>	Trabajador agrícola migrante o de temporada - Ingrese Sí o No	*** Nivel de educacion. <u>Seleccione la letra que corresponde con el nivel de educacion para todos mayores de 14 años.</u>	¿Esta la persona discapacitada? Ingrese Sí o No.
	Uno mismo									
*Seguro de Salud – a.) Medicaid b.) Medicare c.) Programa Estatales de Seguro de Salud para Niños Migrantes d.)Seguro Estatal de Salud para Adultos e.) Seguro Médico Militar f.) Compra directa g.)Basado en el empleador h.) Desconocido/No Reportado						**Estatus /Título de Trabajo – a.) Empleado a tiempo completo b.) Empleado medio tiempo c.)Trabajador agrícola migrante o de temporada d.) Desempleado (corto plazo 6 meses o menos) e.) Desempleado (Largo Plazo 6 meses o más) f.)Desempleada (No en la fuerza laboral) g.) Jubilado h.) Desconocida /No Reportado				
***Nivel de Educación – a.) Grados 0-8 b.)Grados 9 – 12 no graduados c.) Graduado de secundaria d.) equivalente a GED e.) 12 + algo de postsecundaria f.) 2 o 4 años, Graduado Universitario g.) Graduado de otra escuela secundaria										