



Programa de Ayuda al Cliente (CAP) Solicitud para clientes residenciales

1. INFORMACION DEL CLIENTE: (por favor imprima)

Número de cuenta de EBMUD: _____

()			
Nombre	Teléfono		Correo electrónico
Dirección del domicilio (NO utilice un apartado postal)	Apartamento #	Ciudad	Código postal
Dirección postal (en caso de ser distinta a la del domicilio)	Apartamento #	Ciudad	Código postal

2. NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR: _____

Adjunte una copia de una forma aceptada de identificación para cada miembro del hogar. (Consulte las instrucciones al dorso de la solicitud)

3. TOTAL DE INGRESOS ANUALES BRUTOS DEL HOGAR: (Todas las fuentes antes de impuestos) _____

4. FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR:

Usted debe declarar todas las fuentes de ingresos de cada persona que vive en este domicilio. A continuación marque todas las fuentes de ingresos que reciban los miembros del hogar y **adjunte la documentación correspondiente a cada fuente de ingreso**. (Consulte las instrucciones al dorso de esta solicitud)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Salarios brutos y/o ganancias brutas de trabajo por cuenta propia | ☐ Pagos por discapacidad o compensación de trabajadores | ☐ Intereses y dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos o cuentas de jubilación |
| ☐ Beneficios de desempleo | ☐ Pensiones | ☐ Becas, subvenciones u otras ayudas para gastos de manutención |
| ☐ Manutención conyugal o infantil | ☐ Seguro Social | ☐ Acuerdos conciliatorios legales o con compañías de seguros |
| ☐ Ayuda general, dinero en efectivo, otros ingresos | ☐ SSP o SSDI | |
| | ☐ Ingresos por alquiler o regalías | |

5. DECLARACIÓN Y LISTA DE CONTROL DE LA SOLICITUD: (por favor, lea y firme)

Certifico bajo pena de perjurio que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. He leído y entiendo los requisitos del Programa de Ayuda al Cliente y estoy de acuerdo en proporcionar comprobante de ingresos para poder participar. Acepto notificar a EBMUD de cualquier cambio en mi hogar o en los ingresos que pueda afectar mi elegibilidad para recibir ayuda.

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | He incluido una forma aceptada de identificación para cada miembro del hogar. |
| ☐ | He incluido un comprobante de ingresos aceptado para verificar los ingresos anuales brutos de la familia. |
| ☐ | He ocultado o eliminado los primeros cinco dígitos de cualquier número de Seguro Social en la documentación presentada. |

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

6. ENVIAR la solicitud completa y toda la documentación de ingresos requerida:

POR CORREO POSTAL a:

EBMUD
MS #42 CAP
P. O. Box 24055
Oakland, CA 94623

O BIEN

POR FAX al:

510-465-3470

El tiempo de procesamiento normal es de 3 a 4 semanas.

Si se aprueba su solicitud, su crédito CAP aparecerá en su próximo estado de cuenta.

Por favor, no escriba debajo de esta línea

DATE RECEIVED	RECOMMENDED	PROCESSED BY	DATE
COMMENTS _____			



Programa de Ayuda al Cliente (CAP) Instrucciones para la solicitud

RESUMEN DEL PROGRAMA

EBMUD ofrece su Programa de Ayuda al Cliente (Customer Assistance Program o CAP) para ayudar a los clientes residenciales de bajos ingresos con su factura de agua. Para los clientes que reúnan los requisitos, EBMUD subvencionará la mitad del cargo normal por servicio de agua cada dos meses, y la mitad del consumo del agua en casa para los hogares participantes, hasta 1,050 galones por persona al mes. También subvencionará el 35% del cargo por servicio de aguas residuales y el 35% de los cargos por flujo. Los hogares deben cumplir con las directrices de ingresos del programa que se muestran en la tabla de la derecha para poder participar para el programa.

Directrices de ingresos de CAP	
Número de personas que viven en la vivienda	Ingresos anuales del hogar (todas las fuentes de ingresos antes de impuestos)
1-2	\$41,750 o menos
3	\$46,950 o menos
4	\$52,150 o menos
5	\$56,350 o menos
6	\$60,500 o menos
Por cada persona adicional, agregue:	\$4,150

REQUISITOS DEL PROGRAMA

1. La factura de EBMUD debe estar a su nombre.
2. Debe ser una cuenta residencial.
3. Usted debe vivir en la dirección donde se recibirá el descuento.
4. La casa o apartamento debe tener un medidor de agua individual.
(La propiedad no puede ser una propiedad comercial, dúplex, triplex, de cuatro unidades ni edificio de apartamentos con un solo medidor).
5. Su hogar debe cumplir con las directrices de ingresos de CAP señaladas en la tabla anterior.
6. Usted no puede ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona (que no sea su cónyuge).
7. Debe presentar una de las siguientes formas de identificación **para cada miembro del hogar**:
(Las tarjetas de Seguro Social **no** son una forma aceptada de identificación).
 - Licencia de conducir de California o identificación de California (para los adultos)
 - Tarjeta médica o identificación de la escuela (para los menores)
8. Usted debe **verificar el ingreso anual bruto de la vivienda mediante la presentación de**:
 - Declaración de impuestos del año anterior (1040, 1040A o 1040-EZ), incluidos todos los Apéndices C y E presentados con la declaración
 - Declaración de beneficios de Seguro Social o pensiones, carta de ingresos de SSI, carta de CAL Works, o comprobante de depósito ACH
 - Los dos talones de cheques más recientes
 - Documentación impresa que indique su nombre, la fecha actual y la cantidad de ingresos para la Ayuda del Condado

Nota: Para su protección, **oculte o elimine los primeros cinco dígitos de cualquier número de Seguro Social** que se señale en la documentación que presenta.
9. Usted debe notificar a EBMUD si su casa deja de cumplir los requisitos de participación en el programa CAP.
10. Se le requiere que recertifique su elegibilidad cada dos años.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Llámenos al número gratuito 1-866-40-EBMUD (1-866-403-2683)

Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Email: customerservice@ebmud.com

Acceso TTY: 510-763-1035

Sitio web: www.ebmud.com