

برنامه کمک به مشترکین (CAP) فرم درخواست برای مشترکین خانگی



1. اطلاعات مشترک: (لطفاً با حروف بزرگ و واضح نوشته شود).

شماره حساب EBMUD

()

نام

شماره تلفن

ایمیل

نشانی خانه (از نشانی صندوق پستی استفاده نکنید)

شماره آپارتمان

شهر

کد پستی

نشانی پستی (در صورت متفاوت بودن با نشانی خانه)

شماره آپارتمان

شهر

کد پستی

2. تعداد افراد موجود در خانوار: (دستورالعمل‌های مربوطه در پشت فرم درخواست درج شده است.)

نسخه ای از مدرک شناسایی قابل قبول برای هریک از اعضای خانوار پیوست کنید.

3. مجموع درآمد ناخالص سالانه خانوار: (همه منابع درآمدی پیش از کسر مالیات.)

4. منابع درآمد خانوار: (دستورالعمل‌های مربوطه در پشت فرم درخواست درج شده است.)

باید کلیه منابع درآمدی هریک از اعضای خانوار را قید کنید. کلیه منابع درآمدی را که اعضای خانوار دریافت می‌کنند در پایین علامت بزنید و مدارک مربوط به هریک از منابع درآمدی را پیوست کنید.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> سود/ سهم تقسیمی حاصل از: | <input type="checkbox"/> پرداخت غرامت از کارافتادگی | <input type="checkbox"/> درآمد‌های ناخالص و/یا |
| حساب‌های پس انداز، سهام، اوراق | یا غرامت ویژه کارگران | مزایای ناخالص حاصل از خوداشتغالی |
| قرضه یا حساب‌های بازنشستگی | <input type="checkbox"/> مزایای بازنشستگی | <input type="checkbox"/> مزایای حاصل از بیمه بیکاری |
| <input type="checkbox"/> کمک هزینه تحصیلی، اعتبار پژوهشی | <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی | <input type="checkbox"/> کمک عائله مندی (حق همسر یا فرزند) |
| یا دیگر کمک‌های دریافتی برای هزینه | <input type="checkbox"/> SSDI یا SSP | <input type="checkbox"/> «کمک هزینه عمومی»، درآمد نقدی و/یا |
| های زندگی | <input type="checkbox"/> درآمد حاصل از اجاره یا حق امتیاز | درآمدی دیگر |
| <input type="checkbox"/> بیمه یا حل و فصل‌های حقوقی | | |

5. اظهارنامه و فهرست بررسی درخواست: (لطفاً این بخش را مطالعه کنید، سه مربع را علامت بزنید و تاریخ فعلی را درج کنید.)

تحت مجازات شهادت دروغ گواهی می‌دهم که اطلاعات ارائه شده در این فرم درخواست واقعی و درست است. شرایط لازم برای «برنامه کمک به مشترکین» را مطالعه و درک کرده‌ام و با ارائه مدرک درآمد که برای شرکت در این برنامه لازم است موافقم. موافقت می‌کنم که در صورت بروز تغییرات در شرایط خانوار یا درآمد که می‌تواند واجد شرایط بودن من را برای دریافت حمایت تحت تأثیر قرار دهد، EBMUD را مطلع کنم.

← مدرک شناسایی قابل قبولی را برای هریک از اعضای خانوار ارائه داده‌ام.

← مدرک قابل قبولی از درآمد ارائه داده‌ام تا درآمد ناخالص سالانه خانوار را تأیید کند.

← پنج رقم اول شماره‌های تأمین اجتماعی را در اسناد ارسالی خود پنهان یا حذف کرده‌ام.

چطور با «برنامه کمک به مشترکین» EBMUD آشنا شدید؟

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> وب سایت EBMUD | <input type="checkbox"/> سازمان غیرانتفاعی (یعنی St. Vincent de Paul, Catholic Charities و غیره) |
| <input type="checkbox"/> کارمند EBMUD | <input type="checkbox"/> سازمان خدمات اجتماعی |
| <input type="checkbox"/> روزنامه/بازاریابی | <input type="checkbox"/> موردی دیگر: _____ |

امضای متقاضی: _____ تاریخ: _____

6. فرم درخواست تکمیل شده و کلیه مدارک لازم برای تأیید درآمد را به یکی از روش‌های زیر ارسال کنید:

پست ایالات متحده: EBMUD, MS #42 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623 یا ارسال نامبر به شماره: 510-465-3470

(پردازش درخواست به طور معمول 3 تا 4 هفته زمان می‌برد. اگر درخواست شما پذیرفته شود، اعتبار CAP شما در قبض بعدی تان نشان داده خواهد شد.)

در پایین این خط چیزی ننویسید

DATE RECEIVED	RECOMMENDED	PROCESSED BY	DATE
COMMENTS _____			

برنامه کمک به مشترکین (CAP) فرم درخواست برای مشترکین خانگی



خلاصه برنامه

EBMUD با هدف کمک به مشترکین مسکونی کم درآمد برای پرداخت قبض آب خود، «برنامه کمک به مشترکین» (CAP) را ارائه می دهد. EBMUD بابت نیمی از هزینه دوماهانه خدمات استاندارد آب را به مشترکین واجد شرایط یارانه می دهد و برای نیمی از مصرف آب خانگی مشترکین واجد شرایط تا سقف 1050 گالن به ازای هر نفر در ماه کمک هزینه می دهد. همچنین، 35% هزینه خدمات فاضلاب و 35% هزینه جریان آب را یارانه می دهد. خانوارها باید از شرایط درآمدی مشخص شده در دستورالعمل های درآمدی برنامه که در جدول سمت راست نشان داده شده است برخوردار باشند تا بتوانند واجد شرایط استفاده از برنامه باشند.

دستورالعمل های درآمد برای CAP

تعداد افراد در خانوار	درآمد سالانه خانوار (مجموع منابع درآمدی پیش از کسر مالیات)
1-2	54,800 دلار یا کمتر
3	61,650 دلار یا کمتر
4	68,500 دلار یا کمتر
5	74,000 دلار یا کمتر
6	79,500 دلار یا کمتر
برای هر فرد اضافی، مبلغ	5,500 دلار اضافه کنید

شرایط مورد نیاز برنامه

1. قبض EBMUD باید به نام شما صادر شود.
 2. قبض باید مربوط به حساب مسکونی باشد.
 3. باید در همان نشانی ای زندگی کنید که واجد شرایط دریافت تخفیف است.
 4. خانه یا مجتمع مسکونی باید کنتور آب مجزا داشته باشد.
(ملک نمی تواند ملک تجاری، دولیکس، تریپلکس، فورپلکس یا مجتمع مسکونی با تنها یک کنتور باشد).
 5. خانوار شما باید دستورالعمل های درآمدی CAP را که در جدول بالا مشخص شده است برآورده کند.
 6. نمی توانید به عنوان فرد تحت تکفل در اظهارنامه مالیات بر درآمد فرد دیگری (به استثنای همسرتان) متقاضی این برنامه باشید.
 7. باید یکی از مدارک شناسایی مشخص شده در پایین را برای **هریک از اعضای خانوار** ارسال کنید:
(کارت های تأمین اجتماعی مدرک شناسایی قابل قبول در نظر گرفته نمی شوند).
 - گواهینامه رانندگی ایالت کالیفرنیا یا کارت شناسایی ویژه ایالت کالیفرنیا (برای بزرگسالان)
 - کارت پزشکی یا کارت دانش آموزی (برای خردسالان)
 8. باید با ارسال حداقل یکی از مدارک زیر برای هر یک از اعضای خانوار، **درآمد ناخالص سالانه خانوار را به تأیید برسانید**:
 - اظهارنامه مالیاتی سال گذشته (1040، 1040A یا EZ-1040) شامل تمامی Schedules C و E تکمیل شده با اظهارنامه
 - اظهارنامه مزایای تأمین اجتماعی / مزایای بازنشستگی، مدارک SSI، مدارک CAL Works یا مدرک سپرده ACH
 - دو فیش حقوقی آخر
 - نسخه چاپی که نام، تاریخ فعلی و مبلغ درآمد از برنامه County Assistance (حمایت از ساکنین کانتی) یا منبع درآمد دیگری را نشان می دهد
- توجه:** به منظور محافظت از خود، لطفاً پنج رقم اول شماره های تأمین اجتماعی را پنهان یا حذف کنید.
9. اگر خانوار شما دیگر واجد شرایط استفاده از برنامه CAP نباشد باید به EBMUD اطلاع بدهید.
 10. لازم است که هر دو سال یک بار واجد شرایط بودن خود را مجدداً به تأیید برسانید.

برای دریافت اطلاعات بیشتر

از طریق شماره تلفن رایگان EBMUD-40-866 (1-866-403-2683) با ما تماس بگیرید

روزهای کاری: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 4:30 بعدازظهر

نشانی ایمیل: customerservice@ebmud.com

دسترسى TTY: 510-763-1035

وب سایت: www.ebmud.com