

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	()
نشانی خانه (از نشانی صندوق پستی استفاده نکنید)	شماره آپارتمان	شهر
نشانی پستی (در صورت متفاوت بودن با نشانی خانه)	شماره آپارتمان	شهر

2. آیا در حال حاضر دریافت کننده LIHWAP (LIHWAP Low) برنامه کمک تامین آب به خانواده های کم درآمد یا LIHEAP هستید (برنامه کمکی تامین انرژی خانوارهای کمدرآمد LIHEAP)
 بله خیر اگر پاسخ مثبت است، به ردیف شماره 6 بروید و نامه اعطای مزایا را ارائه نمایید.

3. تعداد افراد موجود در خانوار: (دستورالعمل های مربوطه در پشت فرم درخواست درج شده است).
 نسخه ای از مدرک شناسایی قابل قبول برای هر یک از اعضای خانوار پیوست کنید.

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

5. منابع درآمد خانوار: (دستورالعمل های مربوطه در پشت فرم درخواست درج شده است).

باید کلیه منابع درآمدی هر یک از اعضای خانوار را قید کنید. کلیه منابع درآمدی را که اعضای خانوار دریافت می کنند در پایین علامت بزنید و مدارک مربوط به هر یک از منابع درآمدی را پیوست کنید.

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

6. 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 می دهیم که اطلاعات ارائه شده در این فرم درخواست واقعی و درست است. شرایط لازم برای «برنامه کمک به مشترکین» را مطالعه و درک کرده ام و با ارائه مدرک درآمد که برای شرکت در این برنامه لازم است موافقم. موافقت می کنم که در صورت بروز تغییرات در شرایط خانوار یا درآمدم که می تواند واجد شرایط بودن من را برای دریافت حمایت تحت تأثیر قرار دهد، EBMUD را مطلع کنم.

- ← مدرک شناسایی قابل قبولی را برای هر یک از اعضای خانوار ارائه داده ام.
 ← مدرک قابل قبولی از درآمد ارائه داده ام تا درآمد ناخالص سالانه خانوار را تأیید کند.
 ← پنج رقم اول شماره های تأمین اجتماعی را در اسناد ارسالی خود پنهان یا حذف کرده ام.

چطور با «برنامه کمک به مشترکین» EBMUD آشنا شدید؟	<input type="checkbox"/> وب سایت EBMUD
<input type="checkbox"/> اسپکتروم	<input type="checkbox"/> کارمند EBMUD
<input type="checkbox"/> سازمان خدمات اجتماعی	<input type="checkbox"/> سازمان غیرانتفاعی (یعنی St. Vincent de Paul، RCF Connects، غیره)
<input type="checkbox"/> روزنامه/بازاریابی	<input type="checkbox"/> موردی دیگر: _____

امضای متقاضی: _____ تاریخ: _____

7. فرم درخواست تکمیل شده و کلیه مدارک لازم برای تأیید درآمد را به یکی از روش های 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 30 روز زمان می برد. 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

برنامه کمک مشتری EBMUD (CAP) در دسترس مشتریان مسکونی واجد شرایط کم درآمد در ارتباط با صورت حساب آب شان میباشد. برای مشتریان واجد شرایط، EBMUD 50 درصد تخفیف روی هزینه خدمات آب استاندارد به صورت هر دو ماه و استفاده آب خانوار به میزان تا سقف 1050 گالن برای هر فرد در ماه ارائه مینماید. همچنین CAP 35 درصد تخفیف روی هزینه خدمات فاضلاب و 35 درصد تخفیف روی هزینه جریان ارائه مینماید. خانوارها باید با رهنمودهای تعیین شده در برنامه برای درآمد مطابقت داشته باشند.

شرایط موردنیاز برنامه

تعداد افراد در خانوار	درآمد سالانه خانوار (مجموع منابع درآمدی پیش از کسر مالیات)
1-2	59,200 دلار یا کمتر
3	66,600 دلار یا کمتر
4	73,950 دلار یا کمتر
5	79,900 دلار یا کمتر
6	85,800 دلار یا کمتر
برای هر فرد اضافی، مبلغ	5,900 دلار اضافه کنید

1. قبض EBMUD باید به نام شما صادر شود.

2. قبض باید مربوط به حساب مسکونی باشد.

(میتوانید به صورت خودکار در EBMUD's CAP ثبت نام نمایید اگر خانوار شما دریافت کننده فعال LIHWAP یا LIHEAP باشد این کار از طریق ارسال آخرین نامه اعطای مزایا از هر یک از این برنامه های واجد شرایط بر اساس درآمد انجام میشود.)

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، دوبلکس، 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 هر یک از اعضای خانوار ارسال کنید:

(کارت های تأمین اجتماعی و شناسنامه به عنوان 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)

توجه: جهت محافظت از خودتان، لطفاً شماره سابقه پزشکی خود را در کارت پزشکی مخفی یا حذف نمایید.

8. باید با ارسال حداقل یکی از مدارک زیر برای هر یک از اعضای خانوار، درآمد ناخالص سالانه خانوار را به تأیید برسانید (درآمد خالص روی مالیات قابل قبول نمیباشد):

• اظهارنامه مالیاتی آخرین سال (صفحات 1 و 2 از 1040 یا 1040-SR) شامل صفحه 1 جدول مربوطه 1، C و E فایل شده همراه با اظهارنامه

• اظهارنامه مزایای تامین اجتماعی/بازنشستگی

• نامه اعطای مزایای SSI/SSP, SSDI, CalWORKS یا CalFresh یا تاییدیه دریافت 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 برای دریافت لیست کامل گزینه های تایید درآمد، لطفاً به بخش منابع درآمد خانوار درج شده در صفحه اول مراجعه نمایید.

توجه: به منظور محافظت از خود، لطفاً پنج رقم اول شماره تأمین اجتماعی را پنهان و شماره حسابهای خود را 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. پیش از تاریخ خاتمه اعتبار یک یادآور دریافت مجدد مجوز دریافت خواهید نمود. اگر اطلاعیه را دریافت ننموده و همچنان واجد شرایط CAP باشید، به شما توصیه میشود که مجدداً درخواست تسلیم نمایید.

برای دریافت اطلاعات بیشتر

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

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

دسترسی TTY: 510-763-1035

وب سایت: www.ebmud.com/CAP

نشانی ایمیل: customerservice@ebmud.com