



고객 지원 프로그램(CAP) 일반 가정 고객용 신청서

1. 고객 정보: (정자로 작성하시기 바랍니다)

EBMUD 계정 번호

| | | | |
|------------------------------|-------|-----|-------|
| () | | | |
| 성명 | 전화번호 | 이메일 | |
| 집 주소 (P.O.Box 는 주소로 인정되지 않음) | 아파트 # | 시 | 우편 번호 |
| 우편 주소 (집 주소와 다른 경우) | 아파트 # | 시 | 우편 번호 |

2. 현재 LIHWAP(저소득 가구 수도 지원 프로그램) 또는 LIHEAP(저소득 가정 에너지 지원 프로그램)의 수급 가구입니까?

예 아니요 '예'라고 표시한 경우 아래의 6번 항목으로 건너뛰어 수급증명서를 제공해 주십시오.

3. 세대 내 인원 수: (신청서 뒷면에 제시된 지침을 참조하십시오.) _____

세대 구성원별로 접수 가능한 종류의 신분증 사본 1부를 첨부하십시오.

4. 연간 가구 총 소득: (모든 세전 소득) _____

5. 세대 소득원: (신청서 뒷면에 제시된 지침을 참조하십시오.)

이 세대에 거주하는 인원별 모든 소득원을 기재해야 합니다. 다음 중 세대 구성원이 받고 있는 모든 소득원을 체크하고 **소득원별 입증 서류를 첨부하십시오.**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 총 임금 및/또는 자영업으로부터 얻는 총 수익 | <input type="checkbox"/> 장애 또는 산재 보상 지급금 | <input type="checkbox"/> 임대 소득 또는 저작권 인세 소득 |
| <input type="checkbox"/> 실업 수당 | <input type="checkbox"/> 연금 | <input type="checkbox"/> 저축, 주식, 채권 또는 퇴직 연금 계좌에서 발생하는 이자/배당금 |
| <input type="checkbox"/> 배우자 또는 자녀 보조 | <input type="checkbox"/> 사회 보장 수당 | <input type="checkbox"/> 장학금, 지원금 또는 기타 생활 보조금 |
| <input type="checkbox"/> 일반 지원, 현금 및/또는 기타 소득 | <input type="checkbox"/> SSP 또는 SSDI | <input type="checkbox"/> 보험금 또는 법적 합의금 |
| | <input type="checkbox"/> CalFresh 또는 CalWorks | |

6. 지원 진술서 및 체크 리스트: (다음 내용을 확인한 후 세 가지 항목에 체크한 뒤 서명하고 날짜를 기재하십시오.)

나는 이 신청서에 기재한 정보가 진실되고 올바른 것임을 증명하며 위증이 있을 경우 이에 따른 처벌을 받겠습니다. 나는 고객 지원 프로그램의 자격 요건을 확인하고 이해하였으며, 이에 참여하기 위해 소득 증명을 제공하는 데 동의합니다. 나는 지원 자격에 영향을 미칠 수 있는 모든 세대 또는 소득 변경 사항을 EBMUD에 알리는 데 동의합니다.

- 나는 세대 구성원별로 허용되는 신분증을 첨부하였습니다.
- 나는 연간 가구 총 소득을 입증하기 위한 접수 가능한 소득 증명을 첨부하였습니다.
- 나는 모든 사회 보장 번호의 첫 다섯 숫자를 제출 서류에서 가리거나 삭제하였습니다.

| | |
|---|---------------------------------------|
| EBMUD의 고객 지원 프로그램을 어떻게 알게 되셨습니까? | <input type="checkbox"/> Spectrum |
| <input type="checkbox"/> EBMUD 웹사이트 | <input type="checkbox"/> 사회 보장 서비스 기관 |
| <input type="checkbox"/> EBMUD 직원 | <input type="checkbox"/> 신문/ 마케팅 광고 |
| <input type="checkbox"/> 비영리 기관(예: St. Vincent de Paul, RCF Connects 등) | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

지원인 서명: _____ 날짜: _____

7. 작성한 신청서와 모든 필수 소득 증명 서류를 송부하는 방법은 다음과 같습니다.

다음 주소로 미국 우편 송부: EBMUD, MS #42 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623 또는 다음 번호로 팩스 송부. 510-465-3470

(통상 처리 기간은 30일입니다. 신청서가 승인되면 CAP 크레딧이 다음 대금 청구서에 표시됩니다.)

이 선 아래 부분은 기재하지 마십시오

| | | | |
|----------|----|-----|----|
| 접수일 | 추천 | 처리인 | 날짜 |
| 의견 _____ | | | |



고객 지원 프로그램(CAP) 일반 가정 고객용 신청서

프로그램 개요

EBMUD 고객 지원 프로그램(CAP)은 소득 자격 요건을 충족하는 일반 가정 고객의 수도 요금을 지원합니다. 자격 요건을 충족하는 고객에게는 EBMUD가 격월로 부과되는 기본 수도 서비스 요금과 매월 인당 최대 1,050갤런까지 가정용 수도 사용량의 50%를 크레딧으로 제공합니다. CAP는 또한 하수도 기본 서비스 요금의 35%와 방류하수량에 따른 부과요금의 35%를 크레딧으로 제공합니다. 해당 가구는 우측에 별도로 표시한 CAP 소득 요건을 충족해야 합니다.

프로그램 자격 요건

- EBMUD 청구서가 귀하의 성명으로 발행되어야 합니다.
- 일반 가정용 계정이어야 합니다.
(현재 LIHWAP 또는 LIHEAP의 수급 가구인 경우 해당 소득 자격 요건을 충족하는 프로그램으로부터 받은 가장 최근의 수급증명서를 제출하면 EBMUD CAP에 자동 등록될 수 있습니다.)
- 할인이 적용되는 주소에 거주 중이어야 합니다.
- 가정 또는 아파트에는 개별 수도 계량기가 있어야 합니다.
(건물이 상업용 건물, 두 세대용 건물, 세 세대용 건물, 네 세대용 건물이거나 계량기가 한 개만 있는 아파트 건물이어서는 안 됩니다.)
- 귀하의 세대가 위의 표에 기재된 CAP 소득 지침을 충족해야 합니다.
- 귀하가 다른 사람의 소득세 신고에서 피부양자로 신고되어 있지 않아야 합니다(귀하의 배우자 제외).
- 각 세대 구성원에 대해 다음 신분증 종류 중 **하나**를 제출해야 합니다.
(사회 보장 카드와 출생 증명서는 허용 가능한 신분증이 아닙니다.)
 - 성인의 경우: 캘리포니아 주 운전면허증, 캘리포니아 주 신분증 또는 미국 여권
 - 미성년자의 경우: 의료 카드 또는 학생증**주의: 정보 보호를 위해 의료 카드의 의료 기록 번호를 가리거나 제거해 주십시오.**
- 소득이 있는 모든 세대 구성원별로 다음 중 적어도 **하나**를 제출하여 **연간 가구 총 소득을 입증**해야 합니다.
(과세 순소득은 해당하지 않습니다.)
 - 작년 세금 신고서(1040 또는 1040-SR 1~2페이지) - 와. 함께 제출한 해당 Schedules 1, C, E의 1페이지 포함
 - 사회 보장/연금 혜택 명세서
 - SSI/SSP, SSDI, CalWORKS, CalFresh 수급증명서 또는 전자송금(ACH) 예치금 증명서
 - 최근 두 기간의 급여 명세서
 - 카운티 보조(County Assistance) 또는 기타 소득원에 대해 귀하의 성명, 현재 날짜 및 소득 금액이 표시되어 있는 인쇄물 소득 증빙 가능 서류 리스트를 보려면, 첫번째 페이지의 세대 소득원 참조하십시오.**주의: 제출하는 서류에서 모든 사회 보장 번호의 첫 다섯 숫자를 가리거나 삭제하여 귀하의 정보를 보호하시기 바랍니다.**
- 귀하의 세대가 더 이상 CAP 프로그램의 자격 요건을 충족하지 않는 경우 반드시 EBMUD에 알려야 합니다.
- 귀하는 2년마다 귀하의 자격 요건을 재증명해야 합니다. 만료일 이전에 우편으로 자격 갱신 요청서가 발송됩니다. 만약 갱신 안내를 받지 못했고 현재도 계속해서 CAP 자격 요건을 충족하고 있다면 다시 신청할 것을 권장합니다.

| CAP 소득 기준 | |
|---------------|-------------------------|
| 세대 내 구성원 수 | 연간 세대 소득 (모든 세전 소득원) |
| 1~2 | \$59,200 이하 |
| 3 | \$66,600 이하 |
| 4 | \$73,950 이하 |
| 5 | \$79,900 이하 |
| 6 | \$85,800 이하 |
| 추가 인원별 추가 금액: | \$5,900 |

더 자세한 정보는

무료 전화 1-866-40-EBMUD(1-866-403-2683)로 /월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 4시 30분 사이에 연락해 주시기 바랍니다.

TTY 번호: 510-763-1035

웹사이트: www.ebmud.com/CAP

이메일: customerservice@ebmud.com