



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

1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE: *(Escriba claramente con letra de imprenta.)* _____

Número de cuenta de EBMUD: _____

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

2. ¿ES USTED UN BENEFICIARIO ACTIVO DE LIHWAP (Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos) **o del LIHEAP** (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos)?

Sí No **Si selecciona sí, continúe con la sección N.º 6 a continuación y proporcione su carta de adjudicación del beneficio.**

3. NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR: *(Consulte las instrucciones al dorso de la solicitud.)* _____

Adjunte copia de una forma aceptable de identificación para cada miembro del hogar.

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

5. FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR: *(Consulte las instrucciones al dorso de la solicitud.)*

Usted debe declarar todas las fuentes de ingresos de cada persona que reside 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.**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios brutos y/o ganancias brutas del trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Pagos por discapacidad o compensación de trabajadores | <input type="checkbox"/> Intereses y dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos o cuentas de jubilación |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Pensiones | <input type="checkbox"/> Becas, subsidios u otras ayudas para gastos de manutención |
| <input type="checkbox"/> Manutención conyugal o infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Acuerdos conciliatorios legales o con compañías de seguros |
| <input type="checkbox"/> Ayuda general, dinero en efectivo, otros ingresos | <input type="checkbox"/> SSP o SSDI | |
| | <input type="checkbox"/> CalFresh o CalWorks | |

6. DECLARACIÓN Y LISTA DE CONTROL DE LA SOLICITUD: *(Por favor lea, marque las tres casillas, firme y ponga la fecha.)*

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

- He incluido **una forma aceptable de identificación** para cada miembro del hogar.
- He incluido **un comprobante de ingresos aceptable** 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.

¿Cómo se enteró del programa de ayuda al cliente de EBMUD?	
<input type="checkbox"/> Página web de EBMUD	<input type="checkbox"/> Spectrum
<input type="checkbox"/> Empleado de EBMUD	<input type="checkbox"/> Agencia de Servicios Sociales
<input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro <i>(p. ej., St. Vincent de Paul, RCF Connects, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Periódicos/Anuncios de mercadeo
	<input type="checkbox"/> Otra: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

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

POR CORREO: EBMUD, MS #42 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623 **O** **POR FAX al:** 510-465-3470

(El tiempo de procesamiento normal es de 30 días. Si su solicitud es aprobada, 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) Solicitud para clientes residenciales

RESUMEN DEL PROGRAMA

El Programa de Ayuda al Cliente (Customer Assistance Program o CAP) de EBMUD está disponible para ayudar a los clientes residenciales con su factura de agua al cumplir con los requisitos del programa. Para los clientes elegibles, EBMUD subsidiará el 50% del cargo estándar bimestral del servicio de agua y del consumo de agua del hogar, hasta 1,050 galones por persona al mes. CAP también subsidiará el 35% del cargo por servicio de aguas residuales y el 35% de los cargos del flujo. Los hogares deben cumplir con los requisitos de ingresos establecidos por el programa.

PAUTAS DE INGRESOS DE CAP	
Número de personas que viven en la vivienda	Ingresos anuales del hogar <i>(todas las fuentes de ingresos antes de impuestos)</i>
1-2	\$59,200 o menos
3	\$66,600 o menos
4	\$73,950 o menos
5	\$79,900 o menos
6	\$85,800 o menos
Por cada persona adicional, agregue:	\$5,900

REQUISITOS DEL PROGRAMA

- La factura de EBMUD debe estar a su nombre.
- Debe ser una cuenta residencial.
(Si su hogar es beneficiario activo de los programas LIHWAP o LIHEAP, puede inscribirse automáticamente en el CAP de EBMUD presentando su carta más reciente de adjudicación de cualquiera de estos programas con requisitos de ingresos).
- Usted debe residir en la dirección donde se recibirá el descuento.
- La casa o apartamento debe tener un medidor de agua individual.
(La propiedad no puede ser una propiedad comercial, vivienda múltiple ni edificio de apartamentos con un solo medidor).
- Su hogar debe cumplir con las Pautas de ingresos de CAP señaladas.
- Usted no puede ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona *(que no sea su cónyuge)*.
- Debe presentar **una** de las siguientes formas de identificación **para cada miembro del hogar**:
(Las tarjetas de Seguro Social y los certificados de nacimiento no son una forma aceptada de identificación).
 - Para los adultos:* Licencia de conducir de California, identificación de California o pasaporte de los EE. UU.
 - Para los menores:* Tarjeta médica, identificación de la escuela o pasaporte de los EE. UU.

Nota: Para su protección, **oculte o elimine el número de expediente médico de la tarjeta médica.**
- Usted debe **verificar el ingreso anual bruto del hogar, sometiendo uno** de los siguientes documentos para cada miembro del hogar que tiene una fuente de ingresos **(no se aceptan ingresos netos en su declaración de impuestos)**:
 - Declaración de impuestos del año anterior *(páginas 1 y 2 de formularios 1040 o 1040-SR)* incluida la página 1 de los **Apéndices 1, C y E** correspondientes que se hayan presentado con la declaración
 - Estado de cuenta del Seguro Social/beneficios de pensión
 - Carta de adjudicación de SSI/SSP, SSDI, CalWORKS o CalFresh o comprobante de depósito a su cuenta bancaria.
 - 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 o cualquier otra fuente de ingresos. Para obtener una lista completa de opciones de verificación de ingresos, vea las FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR enumeradas en la página de adelante.

Nota: Para su protección, **oculte o elimine los primeros cinco dígitos de cualquier número de Seguro Social y número de cuenta que se señale.**
- Usted debe notificar a EBMUD si su hogar deja de cumplir los requisitos de participación en el programa CAP.
- Recertificación de su elegibilidad es requerida cada dos años. Antes de su fecha de vencimiento, recibirá por correo un recordatorio de recertificación. Si no recibe la notificación y continúa calificando con los requisitos del CAP, le recomendamos que presente una nueva solicitud.

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.

Acceso TTY: 510-763-1035

Sitio web: www.ebmud.com/CAP

Email: customerservice@ebmud.com