



Chương trình Hỗ trợ Khách hàng (CAP) Đơn ghi danh cho Khách hàng Cư dân

1. THÔNG TIN KHÁCH HÀNG: (Vui lòng viết in hoa rõ ràng.)

Số Tài khoản EBMUD _____

Tên	() Số điện thoại	Email	
Địa chỉ Nhà (KHÔNG sử dụng P.O. Box)	Căn hộ #	Thành phố	Mã Zip
Địa chỉ Bưu tín (Nếu khác với địa chỉ nhà)	Căn hộ #	Thành phố	Mã Zip

2. SỐ NGƯỜI TRONG HỘ GIA ĐÌNH: (Xem hướng dẫn ở mặt sau của đơn ghi danh.) _____

Đính kèm một bản sao của mẫu giấy tờ nhận dạng được chấp nhận cho mỗi thành viên trong hộ gia đình.

3. TỔNG THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH HÀNG NĂM: (Tất cả các nguồn trước thuế.) _____

4. NGUỒN THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH: (Xem hướng dẫn ở mặt sau của đơn ghi danh.)

Quý vị phải báo cáo tất cả các nguồn thu nhập của từng người cư trú trong hộ gia đình của mình. Đánh dấu vào tất cả các nguồn thu nhập dưới đây mà các thành viên hộ gia đình nhận được và **đính kèm tài liệu cho từng nguồn thu nhập.**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tổng tiền lương và / hoặc tổng lợi nhuận từ việc tự kinh doanh | <input type="checkbox"/> Thanh toán Bồi thường cho Người khuyết tật hoặc Người lao động | <input type="checkbox"/> Tiền lãi/Cổ tức từ: tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu hoặc tài khoản hưu trí |
| <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất Nghiệp | <input type="checkbox"/> Tiền lương hưu | <input type="checkbox"/> Học bổng, trợ cấp hoặc các khoản hỗ trợ khác cho chi phí sinh hoạt |
| <input type="checkbox"/> Cấp dưỡng Vợ chồng hoặc Nuôi con | <input type="checkbox"/> An sinh Xã hội | <input type="checkbox"/> Bảo hiểm hoặc bồi thường thỏa thuận pháp lý |
| <input type="checkbox"/> Chương trình Hỗ trợ Chung, tiền mặt và/hoặc thu nhập khác | <input type="checkbox"/> SSP hoặc SSDI | |
| | <input type="checkbox"/> Thu nhập cho thuê hoặc tiền bản quyền | |

5. KHAI BÁO và DANH SÁCH KIỂM TRA ĐƠN GHI DANH: (Vui lòng đọc, đánh dấu vào ba ô, ký tên và ghi ngày tháng.)

Tôi xin chứng nhận, và chấp nhận hình phạt về tội khai man rằng thông tin trong đơn ghi danh này là trung thực và chính xác. Tôi đã đọc và hiểu các yêu cầu của Chương trình Hỗ trợ Khách hàng và đồng ý cung cấp bằng chứng về thu nhập để tham gia chương trình. Tôi đồng ý thông báo cho EBMUD về bất kỳ thay đổi nào đối với hộ gia đình hoặc thu nhập của tôi có thể ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ nhận hỗ trợ của tôi.

- Tôi đã nộp kèm **mẫu giấy tờ nhận dạng được chấp nhận** cho từng thành viên trong hộ gia đình.
- Tôi đã nộp kèm **bằng chứng về thu nhập được chấp thuận** để xác nhận tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình.
- Tôi đã **ấn hoặc xóa năm chữ số đầu tiên** của bất kỳ số An sinh xã hội nào trên tài liệu được gửi.

Quý vị biết đến Chương trình Hỗ trợ Khách hàng của EBMUD như thế nào?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trang web EBMUD | <input type="checkbox"/> Cơ quan Dịch vụ Xã hội |
| <input type="checkbox"/> Nhân viên EBMUD | <input type="checkbox"/> Báo/Quảng cáo Tiếp thị |
| <input type="checkbox"/> Tổ chức phi lợi nhuận (ví dụ: St. Vincent de Paul, Catholic Charities, v.v.) | <input type="checkbox"/> Khác: _____ |

Chữ ký của Người làm đơn: _____ Ngày tháng: _____

6. GỬI đơn ghi danh đã hoàn thành và tất cả các giấy tờ chứng minh thu nhập cần thiết:

QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN HOA KỲ đến EBMUD, MS #42 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623

HOẶC BẰNG FAX đến: 510-465-3470

(Thời gian xử lý thông thường là 30 ngày. Nếu đơn ghi danh của quý vị được chấp thuận, tín dụng CAP của quý vị sẽ xuất hiện trên bảng sao kê hóa đơn tiếp theo của quý vị.)

KHÔNG VIẾT Ở DƯỚI DÒNG NÀY

DATE RECEIVED	RECOMMENDED	PROCESSED BY	DATE
COMMENTS _____			



Chương trình Hỗ trợ Khách hàng (CAP) Đơn ghi danh cho Khách hàng Cư dân

TÓM TẮT CHƯƠNG TRÌNH

EBMUD cung cấp Chương trình Hỗ trợ Khách hàng (CAP) để hỗ trợ khách hàng cư dân có thu nhập thấp với hóa đơn tiền nước của họ. Đối với những khách hàng hội đủ điều kiện, EBMUD sẽ trợ cấp một nửa phí dịch vụ nước tiêu chuẩn mỗi hai tháng và một nửa phí sử dụng nước tại nhà cho các hộ gia đình hội đủ điều kiện, lên đến 1,050 gallon mỗi người mỗi tháng. Chương trình này cũng sẽ hỗ trợ 35% phí dịch vụ nước thải và 35% phí dịch vụ nước. Các hộ gia đình phải đáp ứng các hướng dẫn về thu nhập của chương trình được trình bày trong bảng bên phải để hội đủ điều kiện tham gia chương trình.

BẢNG HƯỚNG DẪN VỀ THU NHẬP CỦA CAP

Số Người trong Hộ gia đình	Thu nhập Hàng năm của Hộ gia đình (tất cả các nguồn thu nhập trước thuế)
1-2	\$57,150 trở xuống
3	\$64,300 trở xuống
4	\$71,400 trở xuống
5	\$77,150 trở xuống
6	\$82,850 trở xuống
Đối với mỗi một người bổ sung, cộng thêm:	\$5,700

YÊU CẦU CỦA CHƯƠNG TRÌNH

- Hóa đơn EBMUD phải do quý vị đứng tên.
- Phải là tài khoản cư dân.
- Quý vị phải sống tại địa chỉ sẽ nhận được giảm giá.
- Nhà hoặc căn hộ phải có đồng hồ đo nước riêng.
(Bất động sản không thể là bất động sản thương mại, tòa nhà hai hộ, nhà ba hộ, nhà bốn hộ hoặc tòa nhà chung cư với một đồng hồ đo nước duy nhất).
- Hộ gia đình của quý vị phải đáp ứng các hướng dẫn về thu nhập CAP trong bảng trên.
- Quý vị không thể được tính là người phụ thuộc trong tờ khai thuế thu nhập của người khác *(ngoài vợ/chồng của quý vị)*.
- Quý vị phải nộp **một** trong các mẫu giấy tờ nhận dạng sau đây **cho từng thành viên trong hộ gia đình**:
(Thẻ An sinh Xã hội và giấy khai sinh không được chấp nhận là các mẫu giấy tờ nhận dạng).
 - Giấy phép Lái xe California, ID California, hoặc Hộ chiếu Hoa Kỳ *(dành cho người lớn)*
 - Thẻ y tế hoặc, ID Trường học, hoặc Hộ chiếu Hoa Kỳ *(dành cho trẻ vị thành niên)***Lưu ý:** Để bảo vệ quý vị, vui lòng **ẩn hoặc xóa mã số hồ sơ y tế** khỏi thẻ y tế
- Quý vị phải **xác nhận tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình** bằng cách nộp cho mọi thành viên hộ gia đình nhận thu nhập ít nhất **một** trong những giấy tờ sau đây:
 - Tờ khai thuế năm ngoài (1040, 1040A, hoặc 1040-EZ) bao gồm **tất cả các Bảng 1, C và E** đã nộp cùng với tờ khai
 - Bản sao kê An sinh Xã hội/trợ cấp hưu trí, thư SSI, thư CAL Works, hoặc bằng chứng về khoản tiền gửi ACH
 - Hai phiếu lương gần đây nhất
 - Bản in cho biết tên, ngày tháng và số tiền gần đây quý vị nhận được từ chương trình Trợ cấp của Quận hoặc bất kỳ nguồn thu nhập nào khác.
 Để có danh sách đầy đủ các tùy chọn xác minh thu nhập, vui lòng xem NGUỒN THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH được liệt kê trên trang đầu.
 Lưu ý: Để bảo vệ quý vị, vui lòng **ẩn hoặc xóa năm chữ số đầu tiên của số An sinh xã hội** trên bất kỳ tài liệu nào quý vị gửi đi.
- Quý vị phải thông báo cho EBMUD nếu hộ gia đình của quý vị không còn hội đủ điều kiện tham gia chương trình CAP.
- Quý vị cần xác nhận lại khả năng hội đủ điều kiện của mình mỗi hai năm.

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN

Hãy gọi số điện thoại miễn phí của chúng tôi theo số 1-866-40-EBMUD (1-866-403-2683)

Từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 a.m. đến 4:30 p.m.

Tiếp cận TTY: 510-763-1035

Trang mạng: www.ebmud.com/CAP

Email: customerservice@ebmud.com