



客户援助计划 (CAP) 住宅用户申请表

1. 客户信息： (请工整填写。)

东湾水务局 (EBMUD) 账号 _____

姓名	()	电话	电子邮箱
家庭地址 (请勿使用邮政信箱)	房屋编号	城市	邮政编码
邮寄地址 (如果与家庭住址不同)	房屋编号	城市	邮政编码

2. 家庭人数： (请参阅申请表背面的说明。) _____

3. 家庭年总收入： (所有来源的税前收入。) _____

4. 家庭收入来源： (请参阅申请表背面的说明。)

请报告居住在此房屋中的每位成员的所有收入来源。请在下方勾选家庭成员的所有收入来源，并附上每项收入来源的证明文件。

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 来自个体经营的总工资和/或总利润 | <input type="checkbox"/> 养老金 | <input type="checkbox"/> 租金或使用费收入 |
| <input type="checkbox"/> 失业救济金 | <input type="checkbox"/> 社会保障 | <input type="checkbox"/> 来自储蓄、股票、债券或退休账户的利息/股息 |
| <input type="checkbox"/> 配偶或子女赡养费 | <input type="checkbox"/> 补充保障收入/州补充金 (SSI/SSP) 或社会保障残障保险 (SSDI) | <input type="checkbox"/> 奖学金、助学金或其他生活费补助 |
| <input type="checkbox"/> 一般援助、现金和/或其他收入 | <input type="checkbox"/> 加州食品援助计划 (CalFresh) 或加州工作机会与责任计划(CalWorks) | <input type="checkbox"/> 保险或法律赔偿金 |
| <input type="checkbox"/> 残障或工伤赔偿金 | | |

5. 声明及申请检查清单： (请认真阅读、勾选三个方框、签字并注明日期。)

本人证明，本申请表所提供的信息真实无误，如有伪证，愿受处罚。本人已阅读并理解客户援助计划的要求，并同意提供收入证明以参加该计划。本人同意，如果本人家庭或收入发生影响本人获得援助资格的任何变化，本人将通知 EBMUD。

- 本人已提供申请人的 认可的身份证明。
- 本人已提供 认可的家庭年总收入的证明，且文档中已移除任何社会保障号码的前五位数字。
- 本人声明，本人无经济能力全额支付水费。
- 本人声明，如果获得批准，这是本人在 CAP 上的唯一账户。

您是如何得知 EBMUD 的客户援助计划的？	<input type="checkbox"/> 社交媒体
<input type="checkbox"/> ebmud.com	<input type="checkbox"/> 社会服务机构
<input type="checkbox"/> EBMUD 的员工	<input type="checkbox"/> 报纸/营销广告
<input type="checkbox"/> 非营利组织： _____	<input type="checkbox"/> 其他： _____

申请人签名： _____ 日期： _____

6. 请寄送填好的申请表和所有必要的收入证明文件：

通过美国邮件寄送至： EBMUD, MS #105 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623
 或通过电子邮件发送至： cap@ebmud.com
 或通过传真发送至： (510) 287-0299
 (正常处理时间为 5 天。如果您的申请获得批准，您的下一张对账单上将显示 CAP 折扣。)

请勿在此线下方书写

接收日期	建议	处理人	已验证重复情况	日期
评论 _____				



客户援助计划 (CAP) 住宅用户申请表

计划摘要

EBMUD 的客户援助计划 (CAP) 旨在协助收入水平符合资格的居民客户缴纳水费。对于符合条件的客户，EBMUD 将针对标准双月供水服务费和家庭用水费提供 50% 的折扣，每人每月最高有 1,050 加仑用水可享受折扣。CAP 还针对污水处理服务费和流量费提供 35% 的折扣。家庭必须符合计划规定的收入参考线。

计划要求

- EBMUD 账单必须在申请人的名下，且申请人必须居住在可享受折扣的地址。
- 申请人只能为一个账户申请 CAP。如果 EBMUD 发现同一客户名下有多个 CAP 账户，EBMUD 保留对多个账户重复折扣进行追偿的权利。
- 必须为住宅账户，且配有独立的水表。
(该物业不能是商业物业、只有单个水表的两户、三户或四户公寓建筑。)
- 您的家庭必须符合上表规定的 CAP 收入参考线。
- 您不能是其他人所得税申报表上所列的被赡养人（您的配偶除外）。
- 您必须提交 **申请人** 的以下一种身份证明
(社会保障卡和出生证明**不是有效认可**的身份证明)：
 - 加州驾驶执照、加州身份证或美国护照
- 您必须为每位有收入的家庭成员提交以下至少**一种**证明文件（**不接受调整后的收入和税后净收入**），以证明家庭年总收入：
 - 去年的纳税申报表（1040 或 1040-SR 的第 1 页和第 2 页），包括与申报表一起提交的附表 1、附表 C 和附表 E
 - 社会保障/养老金福利报表
 - 补充保障收入/州补计划 (SSI/SSP)、社会安全残疾保险 (SSDI)、加州工作机会与责任计划 (CalWORKS) 或加州食品援助计划 (CalFresh) 授予函或自动清算中心 (ACH) 存款证明
 - 最近一个月的工资单或去年的 W-2 表（工资单必须是最近 45 天内的，且不接受没有工资单的工资支票）
 - 包含您姓名、当前日期和县援助收入金额或任何其他收入来源的打印件。如需了解所有收入证明方案，请参见首页列出的“家庭收入来源”。

注：为保护您的权益，请在您提交的任何文件中**隐去或移除任何社会保障号码以及账号的前五位数字**。
- 如果您的家庭不再符合 CAP 的资格，您必须通知 EBMUD。
- 您需要每两年重新进行资格认证。您将在到期日前收到重新认证的提醒邮件。如果您未收到通知，但仍符合 CAP 的资格，也建议您重新申请。

CAP 收入参考线*	
家庭人数	家庭年收入 (所有收入来源的税前收入)
1-2	不超过 \$63,950
3	不超过 \$71,950
4	不超过 \$79,900
5	不超过 \$86,300
6	不超过 \$92,700
每多一人，增加：	\$6,400

*于 2025 年 4 月 23 日生效。

了解更多信息

您可以致电 (510) 287-0468 / 周一至周五，上午 8:00 至下午 4:30

听障及语障人士专线 (TTY): (510) 763-1035

网站: www.ebmud.com/CAP

电子邮箱: cap@ebmud.com