



# 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 (如与家庭地址不同)	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"/> 残障或工伤赔偿金                                    | <input type="checkbox"/> 租金或使用费收入              |
| <input type="checkbox"/> 失业救济金            | <input type="checkbox"/> 养老金   | <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"/> 社会保障  | <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"/> 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"/> 保险或法律赔偿金              |
|   | <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) |  |

**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的资格的任何变化，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。

您是如何得知 EBMUD 的客户援助计划的?

<input type="checkbox"/> ebmud.com	<input type="checkbox"/> 社交媒体
<input type="checkbox"/> EBMUD 的员工	<input type="checkbox"/> 社会服务机构
<input type="checkbox"/> 非营利组织: _____	<input type="checkbox"/> 报纸/营销广告
	<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 30 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	日期
备注 _____			



# 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。
- 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**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
  - 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 \$62,300
3	不超过 \$70,100
4	不超过 \$77,850
5	不超过 \$84,100
6	不超过 \$90,350
每多一人，增加：	\$6,250

## 了解更多信息

拨打免费电话：(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