

برنامه کمک به مشتری (Customer Assistance Program, CAP) درخواست برای مشتریان مسکونی

1. اطلاعات مشتری: (لطفاً با حروف بزرگ و واضح نوشته شود).

شماره حساب EBMUD

نام	()	تلفن	ایمیل
نشانی خانه (از نشانی صندوق پستی استفاده نکنید)	شماره آپارتمان	شهر	کد منطقه
نشانی پستی (اگر متفاوت از نشانی خانه است)	شماره آپارتمان	شهر	کد منطقه

2.

تعداد افراد در خانوار: (دستورالعمل‌های درج شده در پشت فرم درخواست را ببینید).

3.

کل درآمد ناخالص سالانه خانوار: (همه منابع پیش از کسر مالیات).

4.

منابع درآمد خانوار: (دستورالعمل‌های درج شده در پشت فرم درخواست را ببینید).
باید همه منابع درآمدی را برای هر شخصی که با خانوار شما زندگی می‌کند گزارش کنید. همه منابع درآمدی زیر را که اعضای خانوار دریافت می‌کنند علامت بزنید و مدارک مربوط به هر منبع درآمد را پیوست کنید.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ سود/ سود تقسیمی از: پس‌انداز، سهام، اوراق قرضه، یا حساب‌های بازنشستگی | ☐ غرامت کارگری یا از کارافتادگی | ☐ دستمزد ناخالص و/یا سود ناخالص از خوداشتغالی |
| ☐ بورسیه تحصیلی، کمک هزینه یا سایر کمک‌ها برای هزینه‌های زندگی | ☐ تأمین اجتماعی | ☐ مزایای بیکاری |
| ☐ بیمه یا مصالحه‌های قانونی | ☐ SSDI یا SSI/SSP | ☐ حق زوج یا حق اولاد |
| | ☐ CalFresh یا CalWorks | ☐ کمک‌های عمومی، درآمد نقدی و/یا درآمدی دیگر |
| | ☐ درآمد حاصل از اجاره یا حق امتیاز | |

5.

اظهارنامه و چک‌لیست درخواست‌نامه: (لطفاً سه کادر تأیید را بخوانید و علامت بزنید و سپس امضای خود و تاریخ را درج کنید).

تحت مجازات سوگند دروغ گواهی می‌دهم که اطلاعات ارائه شده در این فرم درخواست درست و صحیح است. الزامات «برنامه کمک به مشتری» (Customer Assistance Program) را خوانده و درک کرده‌ام و با ارائه مدرک درآمد برای شرکت در این برنامه موافق هستم. موافقت می‌کنم که هرگونه تغییر در خانوار یا درآمد که می‌تواند واجد شرایط بودن من برای دریافت کمک را تحت تأثیر قرار دهد به EBMUD اطلاع دهم.

- ☐ ← مدرک شناسایی قابل قبولی از متقاضی را اضافه کرده‌ام.
- ☐ ← مدرک قابل قبولی از درآمد ناخالص سالانه خانوار را اضافه کرده‌ام و پنج رقم اول را از همه شماره‌های «تأمین اجتماعی» درج شده در آن سند حذف کرده‌ام.
- ☐ ← گواهی می‌دهم که از نظر مالی قادر به پرداخت کامل قبوض آب خود نیستم.
- ☐ ← من گواهی می‌دهم که در صورت تأیید، این تنها حساب من در CAP می‌باشد.

چگونه از «برنامه کمک به مشتری» EBMUD مطلع شدید؟	☐ رسانه‌های اجتماعی
ebmud.com	☐ سازمان خدمات اجتماعی
پرسنل EBMUD	☐ آگهی در روزنامه/بازاریابی
سازمان غیرانتفاعی:	☐ سایر: _____

امضای متقاضی: _____ تاریخ: _____

6.

درخواست نامه تکمیل شده و همه مدارک لازم مربوط به درآمد را:
از طریق پست برای ما ارسال کنید: EBMUD, MS #105 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623
یا آن‌ها را برای ما ایمیل کنید: cap@ebmud.com
یا آن‌ها را با فکس ارسال کنید: (510) 287-0299
(زمان پردازش عادی 5 روز است. اگر درخواست شما تأیید شود، اعتبار CAP شما در قبض بعدی‌تان ظاهر می‌شود).

در قسمت زیر چیزی ننویسید

تاریخ دریافت درخواست	پیشنهاد شده	پردازش‌کننده درخواست	نسخه کپی تایید شده	تاریخ
نظرات _____				

خلاصه برنامه

«برنامه کمک به مشتری» EBMUD (CAP) برای کمک به مشتریان مسکونی واجد شرایط و کم درآمد در پرداخت قبض آب در نظر گرفته شده است. برای مشتریان واجد شرایط، EBMUD 50% تخفیف برای هزینه دوماه خدمات آب استاندارد و استفاده آب خانوار تا سقف 1050 گالن به ازای هر فرد در ماه ارائه می‌کند. همچنین CAP 35% تخفیف برای هزینه خدمات فاضلاب و 35% تخفیف برای هزینه جریان ارائه می‌کند. درآمد خانوار باید با معیارهای تعیین شده در برنامه برای درآمد مطابقت داشته باشد.

شرایط مورد نیاز برنامه

دستورالعمل‌های درآمد CAP*	
تعداد افراد در خانوار	درآمد سالانه خانوار (همه منابع پیش از کسر مالیات)
1-2	63,950 دلار یا کمتر
3	71,950 دلار یا کمتر
4	79,900 دلار یا کمتر
5	86,300 دلار یا کمتر
6	92,700 دلار یا کمتر
مبلغی که با اضافه شدن هر فرد دیگر اضافه می‌شود:	
	\$6,400

*قابل اجرا از تاریخ 23 آوریل 2025

1. قبض EBMUD باید به نام متقاضی صادر شود و محل سکونت متقاضی باید همان نشانی‌ای باشد که تخفیف برای آن اعمال می‌شود.
2. متقاضی فقط می‌تواند برای یک حساب درخواست CAP داشته باشد. در صورتی که EBMUD مطلع شود چند حساب CAP تحت نام یک مشتری می‌باشد، EBMUD حق دارد برای هرگونه پرداخت مجدد برای حسابهای متعدد درخواست برگشت پول بنماید.
3. حساب مشترک باید حساب مسکونی باشد و باید کنترل آب جداگانه داشته باشد. (ملک نمی‌تواند ملک تجاری یا واحد دوبلکس، تریپلکس، فوریپلکس یا آپارتمان با یک کنترل باشد.)
4. خانوار شما باید با معیارهای درآمد CAP که در جدول بالا مشخص شده است، مطابقت داشته باشد.
5. نمی‌توانید در اظهارنامه مالیات بر درآمد فرد دیگری به عنوان وابسته (تحت تکفل) ذکر شده باشید (به استثنای اظهارنامه مالیاتی همسر).
6. باید یکی از مدارک شناسایی زیر را برای متقاضی ارسال کنید:
 - کارتهای بیمه تامین اجتماعی و گواهی تولد برای تعیین هویت قابل قبول نمیباشند.
 - گواهینامه رانندگی ایالت کالیفرنیا، کد شناسایی در ایالت کالیفرنیا یا گذرنامه ایالات متحده
7. باید درآمد ناخالص سالانه خانوار را با ارسال حداقل یکی از موارد زیر برای هر عضو خانوار که درآمد دارد تأیید کنید (ارسال مدرک درآمد تعدیل شده و درآمد پس از کسر مالیات پذیرفته نمی‌شود):
 - اظهارنامه مالیاتی سال گذشته (صفحات 1 و 2 از 1040 یا 1040-SR) شامل جداول ذی ربط 1، C، و E تکمیل شده در اظهارنامه
 - اظهارنامه مزایای تامین اجتماعی/بازنشستگی
 - نامه اعطای مزایای SSI/SSP، SSDI، CalWORKS یا CalFresh یا تاییدیه دریافت ACH
 - ته چک (های) اخیر که مبلغ یک ماه از پرداخت را نشان می‌دهد یا W-2 سال گذشته (فیش حقوق باید مربوط به 45 روز اخیر باشد و پرداختهای بدون ته چک قابل قبول نمیباشند.)
 - مدرک چاپی که نام، تاریخ فعلی و میزان درآمد شما از «کمک‌های کانتی» (County Assistance) یا هر منبع درآمد دیگری را نشان می‌دهد. برای فهرست کامل گزینه‌های تأیید درآمد، لطفاً «منابع درآمد خانوار» فهرست شده در صفحه اول را مشاهده کنید.
- توجه: برای محافظت از خود، لطفاً پنج رقم اول شماره تامین اجتماعی و شماره حساب‌های درج شده را در هر مدرکی که ارسال می‌کنید پنهان یا حذف کنید.
8. اگر خانوار شما دیگر واجد شرایط استفاده از CAP نیست، باید به EBMUD اطلاع دهید.
9. ملزم هستید واجد شرایط بودن خود را هر دو سال یکبار تصدیق کنید. پیش از تاریخ خاتمه اعتبار واجد شرایط بودن، یک یادآور تمدید اعتبار دریافت خواهید نمود. اگر آن اعلان را دریافت نکنید و همچنان واجد شرایط CAP باشید، توصیه می‌شود مجدداً درخواست نامه ارسال کنید.

برای اطلاعات بیشتر

به یکی از این روش‌ها با ما تماس بگیرید: روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا 4:30 عصر، از طریق شماره رایگان 287-0468 (510).

دسترسى به TTY: 763-1035 (510)

وبسایت: www.ebmud.com/CAP

ایمیل: cap@ebmud.com