



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 _____

()

ایمیل _____

تلفن _____

نام _____

کد منطقه _____

شهر _____

شماره آپارتمان _____

نشانی خانه (از نشانی صندوق پستی استفاده نکنید)

کد منطقه _____

شهر _____

شماره آپارتمان _____

نشانی پستی (اگر متفاوت از نشانی خانه است)

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.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> سود/ سود تقسیمی از: پس‌انداز، سهام، اوراق قرضه، یا حساب‌های بانکشستگی | <input type="checkbox"/> غرامت کارگری یا ازکارافتادگی | <input type="checkbox"/> دستمزد ناخالص و/یا سود ناخالص از خوداشتغالی |
| <input type="checkbox"/> بورسیه تحصیلی، کمک هزینه یا سایر کمک‌ها برای هزینه‌های زندگی | <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی | <input type="checkbox"/> مزایای بیکاری |
| <input type="checkbox"/> بیمه یا مصالحه‌های قانونی | <input type="checkbox"/> SSDI یا SSI/SSP | <input type="checkbox"/> حق زوج یا حق اولاد |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> CalWorks یا CalFresh | <input type="checkbox"/> کمک‌های عمومی، درآمد نقدی و/یا درآمدی دیگر |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 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 قیوض آب خود نیستم.

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 30 روز است. اگر درخواست شما تأیید شود، اعتبار CAP شما در قیوض بعدی‌تان ظاهر می‌شود).

در قسمت زیر چیزی ننویسید

تاریخ دریافت درخواست	پیشنهاد شده	پردازش‌کننده درخواست	تاریخ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



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

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.

دستورالعمل‌های درآمد CAP	
تعداد افراد در خانوار	درآمد سالانه خانوار (همه منابع پیش از کسر مالیات)
1-2	62,300 دلار یا کمتر
3	70,100 دلار یا کمتر
4	77,850 دلار یا کمتر
5	84,100 دلار یا کمتر
6	90,350 دلار یا کمتر
مبلغی که با اضافه شدن هر فرد دیگر اضافه می‌شود:	\$6,250

شرایط مورد نیاز برنامه

1. قبض EBMUD باید به نام متقاضی صادر شود و محل سکونت متقاضی باید همان نشانی‌ای باشد که تخفیف برای آن اعمال می‌شود.
2. حساب مشترک باید حساب مسکونی باشد و باید کنترل آب جداگانه داشته باشد. (ملک نمی‌تواند ملک تجاری یا واحد دوبلکس، تریپلکس، فورپلکس یا آپارتمان با یک کنترل باشد.)
3. خانوار شما باید با معیارهای درآمد CAP که در جدول بالا مشخص شده است، مطابقت داشته باشد.
4. نمی‌توانید در اظهارنامه مالیات بر درآمد فرد دیگری به عنوان وابسته (تحت تکفل) ذکر شده باشید (به استثنای اظهارنامه مالیاتی همسر).
5. باید یکی از مدارک شناسایی زیر را برای **متقاضی ارسال کنید** (کارت تأمین اجتماعی و گواهی تولد مدرک شناسایی قابل قبول نیستند):
 - گواهینامه رانندگی ایالت کالیفرنیا، کد شناسایی در ایالت کالیفرنیا یا گذرنامه ایالات متحده
6. 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 **جدول 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
 - 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.
7. **توجه:** برای محافظت از خود، **لطفاً پنج رقم اول شماره تأمین 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