



# 거주 고객용 고객 지원 프로그램 (Customer Assistance Program, CAP) 신청서

## 1. 고객 정보: (정자로 작성하시기 바랍니다.)

EBMUD 계정번호

|                         |        |    |      |
|-------------------------|--------|----|------|
| 성명                      | ( )    | 전화 | 이메일  |
| 주택 주소(사서함은 주소로 인정되지 않음) | 아파트 번호 | 시  | 우편번호 |
| 우편주소(주택 주소와 다른 경우)      | 아파트 번호 | 시  | 우편번호 |

## 2. 세대 내 인원 수: (신청서 뒷면의 지침을 확인하세요.)

## 3. 연간 가구 소득: (세전 모든 소득원을 기입하세요.)

## 4. 가구 소득원: (신청서 뒷면의 지침을 확인하세요.)

가구 내 각 구성원의 모든 소득원에 대해 신고해야 합니다. 아래에서 가구 내 각 구성원이 받는 모든 소득원을 확인하고 **각 소득원별 최근 문서를 첨부하십시오.**

- |                                                  |                                               |                                                            |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 총급여 및/또는 자영업으로부터 얻은 총소득 | <input type="checkbox"/> 장애 또는 산재 보상금         | <input type="checkbox"/> 임대 소득 또는 저작권 사용료 소득               |
| <input type="checkbox"/> 실업급여                    | <input type="checkbox"/> 연금                   | <input type="checkbox"/> 저축, 주식, 채권 또는 퇴직금<br>계정에서의 이자/배당금 |
| <input type="checkbox"/> 배우자 또는 자녀 지원            | <input type="checkbox"/> 사회보장                 | <input type="checkbox"/> 학자금, 보조금 또는 기타 생활비 관련<br>지원금      |
| <input type="checkbox"/> 일반 부조, 현금 및/또는 기타 소득원   | <input type="checkbox"/> SSI/SSP 또는 SSDI      | <input type="checkbox"/> 보험금 또는 법적 합의금                     |
| <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> CalFresh 또는 CalWorks |                                                            |

## 5. 선언문 및 신청서 체크리스트: (다음 세 개의 상자를 읽고 확인한 다음 서명하고 날짜를 기입하십시오.)

본인은 본 신청서에 기재한 모든 정보가 진실하고 올바른 것임을 **증명하며 위중 시 이에 따른 처벌을 받겠습니다.** 본인은 고객 지원 프로그램의 요구 사항에 대해 읽고 이해했으며 이에 참여하기 위해 소득 자료를 제공하는 것에 동의합니다.  
지원 자격에 영향을 미칠 수 있는 가구 또는 소득이 변경되면 EBMUD에 알리는 것에 동의합니다.

- ☐ 신청자에 대한 허용된 형태의 신분증을 첨부했습니다.
- ☐ 허용된 형태의 총 가구 연수입을 첨부했고 문서에서 사회 보장 번호 중 앞 5개 숫자는 삭제했습니다.
- ☐ 본인은 승인시 이 계정이 유일한 CAP 계정임을 증명합니다.

EBMUD의 고객 지원 프로그램에 대해서는 어떻게 알게 되셨습니까?

☐ ebmud.com

☐ EBMUD 직원

☐ 비영리 단체:

☐ 소셜 미디어

☐ 사회 복지 단체

☐ 신문/마케팅 광고

☐ 기타:

지원자 서명: 날짜:

## 6. 작성한 신청서 및 소득에 대한 모든 구비 서류 제출:

우편 주소: EBMUD, MS #105 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623

또는 이메일 주소: cap@ebmud.com

또는 팩스 번호: (510) 287-0299

(일반적인 처리 기간은 5일입니다. 신청서가 승인되면 다음 대금 청구서에서 CAP 크레딧을 확인하실 수 있습니다.)

요구되는 문서를 제출하지 못할 경우, 처리가 지연되거나 접수가 거부될 수 있습니다.

이 행 아래에는 내용을 입력하지 마십시오

| 수신한 날짜 | 추천 | 처리자 | 사본 확인자 | 날짜 |
|--------|----|-----|--------|----|
| 코멘트    |    |     |        |    |



# 거주 고객용 고객 지원 프로그램 (Customer Assistance Program, CAP) 신청서

## 프로그램 요약

EBMUD 고객 지원 프로그램(Customer Assistance Program, CAP)은 소득 자격 요건을 충족하는 일반 가정 고객의 수도 요금을 지원합니다. 자격 요건을 충족하는 고객에게는 EBMUD가 표준 격월 수도 서비스 요금과 매월 인당 최대 1,050갤런까지 가정용 수도 사용량의 50%를 크레딧으로 제공합니다. CAP는 또한 하수도 서비스 요금의 35%와 방류 요금의 35%를 크레딧으로 제공합니다. 가구는 정해진 프로그램 소득 지침을 충족해야 합니다.

## 프로그램 요건

- EBMUD 청구서는 신청서의 이름으로 발행되어야 하며 신청자는 할인 혜택이 적용될 주소에 거주해야 합니다.
- 신청자는 한 개의 CAP계정에 한하여 신청할 수 있습니다. EBMUD가 동일한 고객의 명의 하에 여러 개의 계정을 발견하는 경우, EBMUD는 복수의 계정 내의 모든 중복 크레딧에 대하여 대금을 청구할 권리를 보유합니다.
- 거주용 계정이어야 하며 개별 수도 계량기가 있어야 합니다.  
(본 건물은 상업용 건물, 듀플렉스, 트리플렉스, 포플렉스 또는 계량기가 하나만 있는 아파트 건물이어서는 안 됩니다.)
- 가구는 위 표에서 언급된 CAP 소득 지침을 충족해야 합니다.
- 다른 사람의 소득 납세 신고서상 부양 가족(배우자 외)이어서는 안 됩니다.
- 신청자에 대한 다음 신분증 중 **하나**를 제출해야 합니다 (사회 보장 카드와 출생증명서는 신분증으로 인정되지 않습니다).
  - 캘리포니아 운전면허증, 캘리포니아 ID 또는 미국 여권
- 최소 다음 중 **하나**를 제출하여 **소득이 있는 모든 가구 구성원의 총 연간 가계 소득을 확인해야 합니다** (조정되었고 세금에 대한 순소득은 승인되지 않음).
  - 신고서와 함께 제출한 해당 **Schedules** 1, C, E 등 전년도 세금 신고서(1040 또는 1040-SR 1~2페이지)
  - 사회 보장/연금 혜택 명세서
  - SSI/SSP, SSDI, CalWORKS, CalFresh 수급증명서 또는 전자송금(ACH) 예치금 증명서
  - 1개월** 급여를 보여주는 최근의 급여 명세서 또는 전년도의 W-2 (급여 명세서는 **최근 45일 이내의 것**이어야 하며, 급여 명세서가 없는 급여수표는 인정되지 않습니다)
  - 신청자의 성명, 현재 날짜 및 카운티 지원에 대한 소득금액 또는 기타 수익원을 보여주는 인쇄물.  
모든 소득 검증 옵션을 확인하시려면 앞 페이지의 가구 소득원을 참조하십시오.

**주: 개인 정보 보호를 위해 제출하는 모든 서류 내 사회 보장 번호 중 앞 5개 숫자는 숨기거나 삭제하십시오.**
- EBMUD는 CAP 프로그램 가입 기간 중 수혜자에게 자격 충족 여부를 평가하고자 수시로 소득 확인을 요청할 권리를 보유합니다.
- 더 이상 CAP에 해당되지 않으면 EBMUD에 알려야 합니다.
- 2년에 한 번씩 자격을 재검토**해야 합니다. 만료일 이전에 우편으로 재인증 알림이 발송됩니다. 알림을 받지 못했으며 계속해서 CAP 자격 요건을 충족하려면 다시 신청할 것을 권장합니다.

### CAP 소득 기준 지침\*

| 세대<br>내 인원수 | 연간 가구 소득<br>(세금 공제 전 모든 소득원을 기입하세요.) |
|-------------|--------------------------------------|
| 1-2         | \$67,900 이하                          |
| 3           | \$76,400 이하                          |
| 4           | \$84,850 이하                          |
| 5           | \$91,650 이하                          |
| 6           | \$98,450 이하                          |
| 추가 1인당:     | \$6,800                              |

\*2026년 5월 29일부터 시행

## 자세한 정보 확인:

저희에게 전화하세요 (510) 287-0468 이용 / 월요일부터 금요일까지 오전 8:00부터 오후 4:30까지

TTY 액세스: (510) 763-1035

웹사이트: [www.ebmud.com/CAP](http://www.ebmud.com/CAP)

이메일: [cap@ebmud.com](mailto:cap@ebmud.com)