



Programa de Ayuda al Cliente (CAP) Solicitud para clientes residenciales

1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE: (por favor imprima)

Número de cuenta de EBMUD: _____

| | | |
|---|-----------------|--------------------|
| Nombre | () Teléfono | Correo electrónico |
| Dirección del domicilio (NO utilice un apartado postal) | Apartamento # | Ciudad |
| | | Código postal |
| Dirección postal (en caso de ser distinta a la del domicilio) | Apartamento # | Ciudad |
| | | Código postal |

2. NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR: _____

Adjunte una copia de una forma aceptable de identificación para cada miembro del hogar. (Consulte las instrucciones al dorso de la solicitud)

3. TOTAL DE INGRESOS ANUALES BRUTOS DEL HOGAR: (Todas las fuentes antes de impuestos) _____

4. FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR:

Usted debe declarar todas las fuentes de ingresos de cada persona que reside en este domicilio. A continuación marque todas las fuentes de ingresos que reciban los miembros del hogar y **adjunte la documentación correspondiente a cada fuente de ingreso.** (Consulte las instrucciones al dorso de esta solicitud)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios brutos y/o ganancias brutas del trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Pagos por discapacidad o compensación de trabajadores | <input type="checkbox"/> Intereses y dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos o cuentas de jubilación |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo | <input type="checkbox"/> Pensiones | <input type="checkbox"/> Becas, subsidios u otras ayudas para gastos de manutención |
| <input type="checkbox"/> Manutención conyugal o infantil | <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Acuerdos conciliatorios legales o con compañías de seguros |
| <input type="checkbox"/> Ayuda general, dinero en efectivo, otros ingresos | <input type="checkbox"/> SSP o SSDI | |
| | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías | |

5. DECLARACIÓN Y LISTA DE CONTROL DE LA SOLICITUD: (por favor lea y firme)

Yo certifico bajo pena de perjurio que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. He leído y entiendo los requisitos del Programa de Ayuda al Cliente y estoy de acuerdo en proporcionar comprobante de ingresos para poder participar. Acepto notificar a EBMUD de cualquier cambio en mi hogar o en los ingresos que pueda afectar mi elegibilidad para recibir ayuda.

- He incluido una forma aceptable de identificación para cada miembro del hogar.
- He incluido un comprobante de ingresos aceptable para verificar los ingresos anuales brutos de la familia.
- He ocultado o eliminado los primeros cinco dígitos de cualquier número de Seguro Social en la documentación presentada.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

6. ENVIAR la solicitud completa y toda la documentación de ingresos requerida:

POR CORREO:

EBMUD
MS #42 CAP
P. O. Box 24055
Oakland, CA 94623

O

POR FAX:

510-465-3470

El tiempo de procesamiento normal es de 3 a 4 semanas.
Si su solicitud es aprobada, su crédito CAP aparecerá en su próximo estado de cuenta.

POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

| DATE RECEIVED | RECOMMENDED | PROCESSED BY | DATE |
|----------------|-------------|--------------|------|
| COMMENTS _____ | | | |
| _____ | | | |



Programa de Ayuda al Cliente (CAP) Solicitud para clientes residenciales

RESUMEN DEL PROGRAMA

EBMUD ofrece el Programa de Ayuda al Cliente (Customer Assistance Program o CAP) para ayudar a los clientes residenciales de bajos ingresos con su factura de agua. Para los clientes que reúnan los requisitos, EBMUD subsidiará la mitad de los cobros bimestral estándar del servicio de agua, y la mitad del consumo de agua para los hogares elegibles, hasta 1,050 galones por persona al mes. También subsidiará el 35% del cargo por servicio de aguas residuales y el 35% de los cargos por flujo. Los hogares deben cumplir con las Pautas de ingresos del programa que se muestran a la derecha para poder participar en el programa.

| Pautas de ingresos de CAP | |
|---|---|
| Número de personas que viven en la vivienda | Ingresos anuales del hogar <i>(todas las fuentes de ingresos antes de impuestos)</i> |
| 1-2 | \$52,200 o menos |
| 3 | \$58,750 o menos |
| 4 | \$65,250 o menos |
| 5 | \$70,500 o menos |
| 6 | \$75,700 o menos |
| Por cada persona adicional, agregue: | \$5,200 |

REQUISITOS DEL PROGRAMA

1. La factura de EBMUD debe estar a su nombre.
2. Debe ser una cuenta residencial.
3. Usted debe residir en la dirección donde se recibirá el descuento.
4. La casa o apartamento debe tener un medidor de agua individual.
(La propiedad no puede ser una propiedad comercial, Vivienda múltiple ni edificio de apartamentos con un solo medidor).
5. Su hogar debe cumplir con las Pautas de ingresos de CAP señaladas.
6. Usted no puede ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona (que no sea su cónyuge).
7. Debe presentar una de las siguientes formas de identificación **para cada miembro del hogar**:
(Las tarjetas de Seguro Social no son una forma aceptada de identificación).
 - Licencia de conducir de California o identificación de California *(para los adultos)*
 - Tarjeta médica o identificación de la escuela *(para los menores)*
8. Usted debe **verificar el ingreso anual bruto de la vivienda mediante la presentación de** uno de los siguientes documentos para cada miembro del hogar que tiene una fuente de ingresos:
 - Declaración de impuestos del año anterior (1040, 1040A o 1040-EZ), incluidos todos los Apéndices C y E presentados con la declaración
 - Declaración de beneficios de Seguro Social o pensiones, carta de ingresos de SSI, carta de CAL Works, o comprobante de depósito ACH
 - Los dos talones de cheques más recientes
 - Documentación impresa que indique su nombre, la fecha actual y la cantidad de ingresos para la Ayuda del Condado o cualquier otra fuente de ingresos

Nota: Para su protección, **oculte o elimine los primeros cinco dígitos de cualquier número de Seguro Social que se señale en la documentación que presenta.**
9. Usted debe notificar a EBMUD si su hogar deja de cumplir los requisitos de participación en el programa CAP.
10. Recertificación de su elegibilidad es requerida cada dos años.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Llámenos al número gratuito 1-866-40-EBMUD (1-866-403-2683)

Lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Email: customerservice@ebmud.com

Acceso TTY: 510-763-1035

Sitio web: www.ebmud.com