



Customer Assistance Program (CAP) (Programa ng Pagtulong sa Kostumer) Aplikasyon para sa Residensiyal na Kostumer

1. IMPORMASYON TUNGKOL SA KOSTUMER:

(Paki-print nang malinaw.)

EBMUD Account Number _____

()
Pangalan _____ Telepono _____ Email _____

Home Address (HUWAG gumamit ng P.O. Box) Apartment # Lungsod Zip Code

Mailing Address (Kung hindi katulad ng home address) Apartment # Lungsod Zip Code

2. BILANG NG MGA TAO SA SAMBAHAYAN: (Tingnan ang gabay sa likod ng aplikasyon.) _____

Ilakip ang kopya ng tinatanggap na uri ng identipikasyon para sa bawat kasama sa sambahayan.

3. KABUUANG TAUNANG KITA NG SAMBAHAYAN: (Lahat ng kita bago mabawasan ng buwis.) _____

4. MGA PINAGMUMULAN NG KITA NG SAMBAHAYAN: (Tingnan ang gabay sa likod ng aplikasyon.)

Dapat ninyong iulat ang lahat ng pinagmumulan ng kita ng bawat taong naninirahan sa inyong sambahayan. Lagyan ng tsek ang lahat ng pinagmumulan ng kita sa ibaba na natatanggap ng mga miyembro ng sambahayan at **ilakip ang dokumentasyon para sa bawat pinagmumulan ng kita.**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kabuuang suweldo at/o kabuuang kita sa sariling empleyo | <input type="checkbox"/> Mga bayad sa May Kapansanan o mga Manggagawa na napinsala | <input type="checkbox"/> Mga Interes/Dibidendo mula sa: savings, stocks, bonds, o mga account para sa pagreretiro |
| <input type="checkbox"/> Mga benepisyo mula sa hindi pagka-emplesyo | <input type="checkbox"/> Mga Pensyon | <input type="checkbox"/> Mga scholarship, grant o iba pang tulong para sa mga gastos pangkabuhayan |
| <input type="checkbox"/> Suporta sa Asawa o Anak | <input type="checkbox"/> Social Security | <input type="checkbox"/> Mga natanggap na pera mula sa seguro o legal na paghahabol ng bayad |
| <input type="checkbox"/> Pangkalahatang Tulong, pera at/o iba pang kita | <input type="checkbox"/> SSP o SSDI | |
| | <input type="checkbox"/> Kita mula sa upa o royalty | |

5. PAHAYAG at LISTAHAN PARA SA APLIKASYON: (Pakibasa, lagyan ng tsek ang tatlong kahon, lagdaan, at isulat ang petsa.)

Pinatutunayan ko sa ilalim ng posibilidad na maparusahan dahil sa pagsisinungaling (perjury) na totoo at wasto ang impormasyong nasa aplikasyong ito. Nabasa at naiintindihan ko ang mga bagay na kailangan ng Customer Assistance Program (Programa ng Pagtulong sa Kostumer) at sumasang-ayon na magbigay ng katibayan ng kita para makasali. Sang-ayon ako na abisuhan ang EBMUD tungkol sa alinmang pagbabago sa aking sambahayan o kita na maaaring makaapekto sa pagiging kuwalipikado ko na matulungan.

- Isinama ko ang isang **tinatanggap na uri ng identipikasyon** para sa bawat miyembro ng sambahayan.
- Isinama ko ang **tinatanggap na katibayan ng kita** para mapatunayan ng kabuuang taunang kita ng sambahayan.
- Itinago o tinanggal ko ang unang limang numero sa alinmang Social Security number sa dokumentasyong isinumite.

Paano ninyo nalaman ang tungkol sa Customer Assistance Program ng EBMUD?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Website ng EBMUD | <input type="checkbox"/> Social Services Agency (Ahensiya ng mga Serbisyong Panlipunan) |
| <input type="checkbox"/> Empleyado ng EBMUD | <input type="checkbox"/> Diyaryo/Marketing |
| <input type="checkbox"/> Non-Profit Organization | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ |
- (hal. St. Vincent de Paul, Catholic Charities, atbp.)

Lagda ng Aplikante: _____ Petsa:

6. IPADALA ang kinumpletong aplikasyon at lahat ng kailangang dokumentasyon ng kita:

SA PAMAMAGITAN NG US MAIL sa: EBMUD, MS #42 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623 **O I-FAX** sa: 510-465-3470

(Ang karaniwang tagal ng proseso ay 3-4 linggo. Kapag naaprobahan ang aplikasyon ninyo, lalabas ang inyong CAP credit sa susunod na kuwenta ng singil.)

HUWAG SUMULAT SA IBABA NG LINYANG ITO

DATE RECEIVED	RECOMMENDED	PROCESSED BY	DATE
COMMENTS _____			



BUOD NG PROGRAMA

Iniaalok ng EBMUD ang Customer Assistance Program (CAP) (Programa ng Pagtulong sa Kostumer) nito para matulungan ang mga residensiyal na kostumer sa pagbabayad ng kanilang singil sa tubig. Para sa kuwalipikadong kostumer, magbibigay ng subsidiya ang EBMUD nang kalahati ng karaniwang makalawang buwan na kuwenta sa serbisyo, at kalahati ng konsumo ng tahanan sa tubig para sa mga kuwalipikadong sambahayan, nang hanggang 1,050 galon kada tao bawat buwan. Magsusubsidiya rin ito ng 35% ng kuwenta ng serbisyo sa wastewater (tapon-tubig) at 35% ng flow charges (kuwenta sa daloy ng tubig). Dapat na matugunan ng mga sambahayan ang mga alituntunin ng programa sa kita na ipinakita sa talahanayan sa kanan para maging kuwalipikado sa programa.

Mga Alituntunin ng CAP sa Kita	
Bilang ng mga Tao sa Sambahayan	Taunang Kita ng Sambahayan (lahat ng pinagmumulan ng kita bago ang mga buwis)
1-2	\$52,200 o mas mababa
3	\$58,750 o mas mababa
4	\$65,250 o mas mababa
5	\$70,500 o mas mababa
6	\$75,700 o mas mababa
Para sa bawat karagdagang tao, magdagdag ng:	\$5,200

MGA BAGAY NA KAILANGAN NG PROGRAMA

1. Dapat na nakapangalan sa inyo ang singil ng EBMUD.
2. Dapat na isang residensiyal na account ito.
3. Dapat na nakatira kayo sa address kung saan matatanggap ang diskuwento.
4. Dapat na may sariling metro ang bahay o apartment.
(Hindi puwede ang ari-ariang komersiyal, duplex, triplex, four-plex o gusaling iisa lamang ang metro).
5. Dapat na matugunan ng sambahayan ninyo ang mga alituntunin sa kita ng CAP na nasa talahanayan sa itaas.
6. Hindi kayo puwedeng maipahayag na isang dependant sa income tax return ng ibang tao (maliban ng inyong asawa).
7. Kailangan ninyong magsumite ng **isa** sa mga sumusunod na uri ng identipikasyon para sa **bawat kasama sa sambahayan**:
(Ang mga Social Security card ay **hindi** tinatanggap na uri ng identipikasyon).
 - California Driver's License o California ID (para sa may hustong gulang)
 - Medical card o School ID (para mga menor de edad)
8. Dapat ninyong **patibayan ang kabuuang kita ng sambahayan** sa pamamagitan ng pagsusumite para sa bawat kasama sa sambahayan na kumikita nang hindi bababa sa **isa** sa mga sumusunod:
 - Ang tax return (1040, 1040A, or 1040-EZ) noong isang taon kasama ang lahat ng Schedule C at E na isinumite kasabay ng return
 - Mga Social Security/pension benefit statement, sulat na SSI letter, sulat na CAL Works, o ebidensiya ng depositong ACH
 - Dalawang pinakahuling papel ng suweldo
 - Isang printout na nagpapakita ng inyong pangalan, kasalukuyang petsa at halaga ng kita para sa County Assistance o iba pang pinagmumulan ng kita

Tandaan: Para sa inyong proteksiyon, **pakitago o pakitanggal ang unang limang numero ng alinmang Social Security number** sa alinmang isusumite ninyo.
9. Kailangan ninyong abisuhan ang EBMUD kung hindi na kuwalipikado ang sambahayan ninyo sa programang CAP.
10. Kailangan mong patibayan ang inyong pagiging kuwalipikado kada dalawang taon.

PARA SA KARAGDAGANG IMPORMASYON

Tumawag sa amin sa libreng toll 1-866-40-EBMUD (1-866-403-2683)

Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 4:30 p.m.

Mag-email sa: customerservice@ebmud.com

TTY Access: 510-763-1035

Website: www.ebmud.com