Solicitud del Programa de ayuda de tarifa especial para personas de bajos ingresos (LIRA)

En California Water Service Company (Cal Water) nos preocupamos por nuestros clientes. Nos complace ofrecer nuestro programa de Ayuda de tarifa especial para personas de bajos ingresos (Low-Income Rate Asistance - LIRA, por sus siglas en inglés) a las personas que satisfacen las siguientes pautas de ingresos o que participan en otros de los programas de ayuda enumerados. La Comisión de Servicios Públicos de California (CPUC, por sus siglas en inglés) ha aprobado el programa LIRA para los clientes residenciales de Cal Water en todo California. Este programa ofrece un descuento del 50% (hasta $12) del cargo mensual por servicio de medidor de 5/8 pulgadas a los clientes que califiquen.

Si usted califica para recibir este descuento, deberá llenar la siguiente solicitud y devolverla a: California Water Service Company, Attn: Customer Service Department, 1720 North First Street, San Jose, CA 95112.

Solicitantes de LIRA nuevos y existentes:
Sírvanse llenar este formulario y devolverlo a Cal Water a la dirección que se indica anteriormente. LIRA no es retroactivo; los clientes que califican comenzarán a recibir el descuento en el mes siguiente al recibo de su solicitud.

Nota a los clientes actuales de LIRA:
Les pedimos que llenen este formulario debido a que las leyes de California exigen que los clientes que reciben actualmente el descuento de LIRA en forma periódica certifiquen que aún son elegibles para dicho descuento.

Si tiene preguntas, envíe un email a LIRA@calwater.com o llame gratis al (877) 419-1701

Calificaciones para el programa:
- La cuenta de Cal Water deberá estar a nombre suyo.
- Usted debe vivir en la dirección en la cual se va a recibir el descuento.
- Su familia deberá satisfacer las pautas de ingresos que se indican más adelante O alguien de su familia deberá estar inscrito en uno de los programas de ayuda descritos a continuación.
- Usted deberá notificar a Cal Water si su familia ya no califica para el descuento de LIRA.
- Después de inscribirse, podríamos pedirle que provea una prueba de elegibilidad.
- Usted deberá certificar nuevamente su elegibilidad cada dos años (cuatro años si puede demostrar que tiene un status de discapacidad o que es mayor de 62 años).

1 INFORMACIÓN DEL CLIENTE DE CALIFORNIA WATER SERVICE COMPANY (en letra de imprenta o letra de molde)

❍ Nuevo solicitante de LIRA ❍ Cliente existente de LIRA

Número de cuenta del cliente: *(Ubicado en la primera página de su cuenta de Cal Water)* | | | | | | | | | | |

Nombre _____ **Correo electrónico** _____
Según aparece en su cuenta de agua

Dirección del servicio _____ **Ciudad** _____ **CA Código postal** _____
NO usar un apartado de correos

Dirección postal _____ **Ciudad** _____ **CA Código postal** _____
Si es diferente de la dirección anterior

Número de teléfono diurno | | | | | | | | | | | | |
Incluya el código de área

Número total de adultos y niños que viven en su hogar | |

2 ELIJA LA BASE DE SU ELEGIBILIDAD (seleccione A o B)

☐ ***A. Alguien de mi familia está inscrito en uno o más de los siguientes programas de ayuda:***

- ❍ Medicaid/Medi-Cal (menores de 65 años)
- ❍ Medicaid/Medi-Cal (mayores de 65 años)
- ❍ Ingresos Complementarios (SSI, por sus siglas en inglés)
- ❍ CalFresh/SNAP (estampillas para comida)
- ❍ Women, Infants, & Children (WIC)
- ❍ Programa de ayuda para la energía del hogar para personas de bajos ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés)
- ❍ CalWORKs (TANF) o Tribal TANF
- ❍ National School Lunch Program (NSLP) (Programa nacional de almuerzo escolar)
- ❍ Healthy Families A & B
- ❍ Ayuda General de la Oficina de Asuntos Indígenas
- ❍ Head Start Income Eligible (Ventajas para personas elegibles por sus ingresos) (Tribal solamente)
- ❍ CARE (descuento en las cuentas de gas y electricidad)

☐ ***B. Los ingresos de mi familia no exceden lo siguiente:***

Los ingresos brutos anuales de su familia no pueden exceder estas pautas de ingresos de LIRA. (vigente desde el 1 de junio de 2011 hasta el 31 de mayo de 2012)

Número total de personas en su familia	1 o 2	3	4	5	6
Total de ingresos anuales combinados	**$31,800**	**$37,400**	**$45,100**	**$52,800**	**$60,500**

Sume **$7,700** por cada miembro adicional de la familia

Declare los ingresos anuales de su familia: $ | | , | | | |

3 DECLARACIÓN (sírvase leer cuidadosamente y firmar al pie)

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Me comprometo a proporcionar comprobante de elegibilidad si me lo piden. Me comprometo a informar a California Water Service Company si dejo de calificar para recibir el descuento. Entiendo que si recibo el descuento sin calificar para ello, podrían pedirme que devuelva el descuento que he recibido. Entiendo que Cal Water podrá compartir mi información con otras compañías de servicios o sus agentes para inscribirme en sus programas de ayuda.

X _____ _____
Firma del cliente de California Water Service Company ❍ marque con un círculo si usted es un tutor o apoderado **Fecha**