



Envíe la solicitud completa por correo a: California Water Service, Attn: Customer Service Department, 1720 North First Street, San Jose, CA 95112.

1 INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN: (en letra de imprenta o letra de molde)

Nombre en su factura de servicios públicos _____

Nombre de la instalación _____
(si es diferente al de la factura)

Dirección del servicio _____ Ciudad _____ CA Código postal _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ CA Código postal _____
(si es diferente)

Contacto de la instalación _____
(a quién contactar si la empresa de servicios públicos necesita más información)

Dirección de correo electrónico _____
(opcional)

Número telefónico diurno [grid] Fax [grid]

2 INFORMACIÓN DE LA INSTALACIÓN: (en letra de imprenta o letra de molde)

Utilice una solicitud distinta para cada TIPO de instalación.

TIPO DE INSTALACIÓN (elija uno por solicitud)

- Refugio para personas sin hogar
Centro de cuidados paliativos
Refugio de mujeres

- Complejo de viviendas colectivas
(como viviendas de transición, cuidado a corto o a largo plazo y hogares colectivos)

SERVICIOS PROPORCIONADOS (marque todos los que correspondan)

- Alojamiento
Rehabilitación
Asesoramiento
Comidas
Capacitación
Otro (describa): _____

Cantidad de días que la instalación está ocupada cada año

Cantidad total de residentes (a excepción del gerente del lugar)

3 RECERTIFICACIÓN: (en letra de imprenta o letra de molde)

Si vuelve a certificar la elegibilidad de la instalación para continuar con los descuentos del CAP, proporcione una explicación de cómo su organización utilizó los ahorros de descuento del año pasado para beneficiar a sus clientes:

4 DECLARACIÓN: (sírvese leer cuidadosamente y firmar al pie)

- La organización es una empresa registrada de California Water Service.
El 100 % de los residentes de la instalación o de las viviendas cumplen con las pautas de ingresos del CAP.
Hay documentación disponible para corroborar lo anterior.

Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio que la información de esta declaración es veraz y correcta. Aunque esta declaración es válida por un año, notificaré a Cal Water sobre cualquier cambio que pueda afectar la elegibilidad para el CAP. Cal Water se reserva el derecho de solicitar la verificación de los registros que demuestren la elegibilidad en cualquier momento y puede volver a facturar a la organización con la tarifa correspondiente, si corresponde. Entiendo que el nombre y la dirección de la instalación se pueden compartir con otras empresas de servicios de energía, si corresponde. Entiendo que Cal Water podrá compartir mi información con otras compañías de servicios para inscribirme en sus programas de ayuda.

Firma del representante autorizado _____ Fecha _____

Nombre del representante autorizado _____ Fecha _____
(en letra de imprenta o letra de molde)

Complete esta solicitud proporcionando la información de la cuenta individual en el reverso de esta página.

Número de cuenta de Cal Water:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección del servicio _____ Ciudad _____ CA Código postal _____

Verifique:
 ¿Instalación satélite? Sí No Cantidad total de residentes (a excepción del gerente del lugar) _____

Número de cuenta de Cal Water:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección del servicio _____ Ciudad _____ CA Código postal _____

Verifique:
 ¿Instalación satélite? Sí No Cantidad total de residentes (a excepción del gerente del lugar) _____

Número de cuenta de Cal Water:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección del servicio _____ Ciudad _____ CA Código postal _____

Verifique:
 ¿Instalación satélite? Sí No Cantidad total de residentes (a excepción del gerente del lugar) _____

Número de cuenta de Cal Water:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección del servicio _____ Ciudad _____ CA Código postal _____

Verifique:
 ¿Instalación satélite? Sí No Cantidad total de residentes (a excepción del gerente del lugar) _____

Número de cuenta de Cal Water:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección del servicio _____ Ciudad _____ CA Código postal _____

Verifique:
 ¿Instalación satélite? Sí No Cantidad total de residentes (a excepción del gerente del lugar) _____