# Solicitud del Programa de asistencia al cliente (CAP)

En California Water Service (Cal Water), cuidamos a nuestros clientes. Nos complace ofrecer nuestro Programa de asistencia al cliente (CAP, anteriormente LIRA) 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) ha aprobado el CAP para los clientes residenciales con medidores individuales de Cal Water en California. Los clientes que califiquen reciben un descuento mensual fijo equivalente al 50 % del cargo por servicio de medidores de 5/8 x 3/4 pulgadas.

Si usted es elegible para recibir este descuento, complete la solicitud a continuación y devuélvala a: California Water Service, Attn: Customer Service Department, 2222 Dr. Martin Luther King Jr. Parkway, Chico, CA 95928.

Solicitantes del CAP nuevos y existentes:
Sírvanse llenar este formulario y devolverlo a Cal Water a la dirección que se indica anteriormente. El CAP no es retroactivo. Los clientes que califiquen comenzarán a recibir su descuento el mes posterior a que su solicitud sea recibida.

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

Presente su solicitud por internet en **es.calwater.com/cap**. Si tiene preguntas, envíe un correo electrónico a CAP@calwater.com o llame a la línea gratuita al 1-877-419-1701.

Calificaciones para el programa:

- La factura de Cal Water debe estar a su nombre.
- Usted debe vivir en la dirección donde se recibirá el descuento.
- Su núcleo familiar debe cumplir con las pautas de ingresos indicadas más adelante O alguno de los miembros de este debe estar registrado en uno de los programas de asistencia pública que se describen a continuación.
- Debe notificar a Cal Water en caso de que su núcleo familiar ya no califique para el descuento del CAP.
- Después de la inscripción, es posible que se le solicite una prueba de elegibilidad.
- Usted deberá certificar nuevamente su elegibilidad cada dos años (cuatro años si puede demostrar que tiene un estado de discapacidad o que es mayor de 62 años).

## 1 INFORMACIÓN AL CLIENTE DE CALIFORNIA WATER SERVICE (escriba a máquina o en letra de molde)

❍ Nuevo solicitante del CAP ❍ Cliente existente del CAP

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

Nombre _____ E-mail _____
Según aparece en su cuenta de agua

Dirección de servicio _____ Ciudad _____ CA Código postal _____
NO use un apartado de correos

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

Número de teléfono diurno ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐ Teléfono de la casa ☐ Celular ☐
Incluya el código de área

Cantidad total de adultos y niños que viven en su hogar ☐☐ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) ☐☐ ☐☐ ☐☐

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

☐ A. Alguien de mi familia está inscrito en uno o más de los siguientes programas de ayuda (seleccione todas las opciones que correspondan):

- ❍ Medicaid/Medi-Cal for Families A & B
- ❍ SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)
- ❍ CalFresh SNAP (estampillas de alimentos)
- ❍ Women, Infants, & Children Program (WIC)
- ❍ LIHEAP (el programa de asistencia de energía para hogares de bajos ingresos)
- ❍ CalWORKs/Temporary Assistance for Needy Families (TANF)
- ❍ National School Lunch Program (NSLP)
- ❍ Bureau of Indian Affairs — beneficios iniciales para personas elegibles por sus ingresos (Tribal solamente)
- ❍ Head Start Income Eligible (Tribal only)
- ❍ Tribal TANF
- ❍ CARE (descuento en compañías 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 del CAP (vigente desde el 1 de junio de 2024 hasta el 31 de mayo de 2025).

| Cantidad total de personas en su familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total de ingresos anuales combinados | $40,880 | $40,880 | $51,640 | $62,400 | $73,160 | $83,920 | $94,680 | $105,440 |

Agregue $10,760 por cada miembro adicional del núcleo familiar después de los primeros 8.

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

## 3 DECLARACIÓN (lea cuidadosamente y firme la siguiente declaración)

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Me comprometo a proporcionar una prueba de elegibilidad, si me lo piden. Me comprometo a informar a California Water Service 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 ❍ Marque con un círculo si usted es un tutor o un representante legal Fecha