



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

1. **INFORMACIÓN DEL CLIENTE:** *(Escriba claramente con letra de molde)*

Número de cuenta de EBMUD \_\_\_\_\_

Nombre completo	( ) Teléfono	Correo electrónico		
Dirección del domicilio <i>(NO utilice un apartado postal)</i>	# de apartamento	Ciudad	Código postal	
Dirección postal <i>(en caso de ser distinta a la del hogar)</i>	# de apartamento	Ciudad	Código postal	

2. **NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR** *(Consulte las instrucciones al reverso de la solicitud).* \_\_\_\_\_

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

4. **FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR:** *(Consulte las instrucciones al reverso de la solicitud).*

Usted debe declarar todas las fuentes de ingresos de cada persona que vive en este domicilio. A continuación marque todas las fuentes de ingresos que reciban los miembros del hogar y **adjunte la documentación correspondiente de cada fuente de ingresos.**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios brutos y/o ganancias brutas de trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Pagos por discapacidad o compensación de trabajadores | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías  |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo   | <input type="checkbox"/> Pensiones   | <input type="checkbox"/> Intereses y dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos o cuentas de jubilación |
| <input type="checkbox"/> Manutención conyugal o infantil                                   | <input type="checkbox"/> Seguro Social   | <input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otras ayudas para gastos de manutención                         |
| <input type="checkbox"/> Ayuda general, dinero en efectivo, otros ingresos                 | <input type="checkbox"/> SSI/SSP o SSDI  | <input type="checkbox"/> Indemnización de un seguro o por una demanda legal                                    |
|  | <input type="checkbox"/> CalFresh o CalWorks                                   |  |

5. **DECLARACIÓN y LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD:** *(Por favor, lea, marque las tres casillas, firme y ponga la fecha).*

**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 aceptada de identificación** del solicitante.
- He incluido **comprobantes aceptados de ingresos brutos anuales del hogar** y he eliminado los primeros cinco dígitos de cualquier número de Seguro Social de los documentos.
- Doy fe de que me es financieramente imposible pagar mis facturas de agua en su totalidad.

¿Cómo se enteró del Programa de Ayuda al Cliente de EBMUD? <input type="checkbox"/> ebmud.com <input type="checkbox"/> ¿Es empleado de EBMUD? <input type="checkbox"/> Organización no lucrativa: _____	<input type="checkbox"/> Redes sociales <input type="checkbox"/> Agencia de servicios sociales <input type="checkbox"/> Anuncios en periódicos/mercadotecnia <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

6. **ENVÍE la solicitud debidamente llenada y toda la documentación de ingresos requerida:**

**POR CORREO POSTAL a:** EBMUD, MS #105 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623

**o POR CORREO ELECTRÓNICO a:** cap@ebmud.com

**o POR FAX al:** (510) 287-0299

*(El tiempo de procesamiento normal es de 30 días. Si se aprueba su solicitud, su crédito del CAP aparecerá en su próximo estado de cuenta).*

NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LÍNEA

FECHA DE RECEPCIÓN	RECOMENDÓ	PROCESADO POR	FECHA
COMENTARIOS _____			



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

## RESUMEN DEL PROGRAMA

El Programa de Ayuda al Cliente (Customer Assistance Program o CAP) de EBMUD se encuentra disponible para ayudar a los clientes residenciales que reúnan los requisitos con su factura de agua. Para esos clientes, EBMUD subsidiará el 50% del cargo estándar bimestral del servicio de agua y del consumo de agua del hogar, hasta 1,050 galones por persona al mes. El CAP también subsidiará el 35% del cargo por servicio de aguas residuales y el 35% de los cargos por flujo. Los hogares deben cumplir con los requisitos de ingresos establecidos por el programa.

## DIRECTRICES DE INGRESOS DEL CAP

Número de personas en el hogar	Ingresos anuales en el hogar (todas las fuentes de ingresos antes de impuestos)
1-2	\$62,300 o menos
3	\$70,100 o menos
4	\$77,850 o menos
5	\$84,100 o menos
6	\$90,350 o menos
Por cada persona adicional, agregar	\$6,250

## REQUISITOS DEL PROGRAMA

1. La factura de EBMUD debe estar a nombre del solicitante y este debe residir en la dirección donde se aplicará el descuento.
2. Debe ser una cuenta residencial y tener un medidor de agua individual.  
(La propiedad no puede ser una propiedad comercial, dúplex, triplex, de cuatro unidades ni edificio de apartamentos con un solo medidor).
3. Su hogar debe cumplir con las directrices de ingresos del programa CAP señaladas en la tabla anterior.
4. Usted no puede ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona (que no sea su cónyuge).
5. Usted debe presentar **una** de las siguientes formas de identificación **del solicitante**  
(Las tarjetas de Seguro Social y los certificados de nacimiento **no** son formas aceptadas de identificación):
  - Licencia de conducir de California, documento de identidad de California o pasaporte de los EE.UU.
6. Debe **verificar los ingresos brutos anuales del hogar** presentando, para cada miembro del hogar que perciba ingresos, al menos **uno** de los siguientes (**no se aceptan los ingresos ajustados y netos en los impuestos**):
  - Declaración de impuestos del año anterior (páginas 1 y 2 del formulario 1040 o 1040-SR) incluidos los **Anexos 1, C y E** correspondientes que se hayan presentado con la declaración
  - Estado de cuenta del Seguro Social/beneficios de pensión
  - Carta de adjudicación de SSI/SSP, SSDI, CalWORKS o CalFresh o comprobante de depósito ACH
  - Recibo(s) de sueldo reciente(s) que cubra(n) **un mes** de salario o el formulario W-2 del año anterior
  - Documentación impresa que indique su nombre, la fecha actual y la cantidad de ingresos de la Ayuda del Condado o cualquier otra fuente de ingresos. Para obtener una lista completa de las opciones de comprobación de ingresos, consulte la sección FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR que figura en la primera página.

**Nota:** Para su protección, **oculte o elimine los primeros cinco dígitos de cualquier número de Seguro Social y número de cuenta que se señale en la documentación que presenta.**
7. Usted debe notificar a EBMUD si su hogar deja de cumplir los requisitos de participación en el programa CAP.
8. Se requiere que usted recertifique su elegibilidad cada dos años. Antes de su fecha de vencimiento, recibirá por correo un recordatorio de recertificación. Si no recibe la notificación y continúa reuniendo los requisitos del CAP, le recomendamos que presente una nueva solicitud.

## PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

Llámenos al (510) 287-0468, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

**Acceso TTY:** (510) 763-1035

**Sitio web:** [www.ebmud.com/CAP](http://www.ebmud.com/CAP)

**Correo electrónico:** [cap@ebmud.com](mailto:cap@ebmud.com)