



## PROGRAMA DE ASISTENCIA TARIFARIO SOLICITUD PARA EL AÑO CALENDARIO 2019

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Inquilino: Yes No  
Nombre del dueño de la cuenta: \_\_\_\_\_ Ultimos 4 números del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección del servicio: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

- Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_ (Prueba de residencia requerida.)  
**Comprobante de residencia es requerido porfavor mostrar documentos aceptables son como sigue:**
  - Copia de la declaración de impuestos del año anterior (sólo la primera página donde se muestra el nombre de los dependientes). Otros comprobantes pudieran ser:
    - Copia dela licencia de manejar ó identificación del estado de California.
    - Copia del aviso de cambio de domicilio tramitado en USPS (correo).
    - Copia del contrato de arrendamiento.
    - Copia de un cheque en blanco cancelado con nombre y dirección.
    - Para menores de edad una copia del acta de nacimiento, ó copia de la identificación vigente de la escuela ó boleta escolar del año acutal.
- Ingreso total bruto de todas las personas en el hogar: \$ \_\_\_\_\_ (Antes de deducciones.)
- Podría alguien mas incluirlo como dependiente en la declaracion de impuestos? Sí No
- En cual programa CARE está actualmente inscrito? Southern California Edison  
(Agregue una copia de la factura más reciente.) Southern California Gas
- Adjunte una copia de una fotografía emitida por el gobierno, veteranos o militares I.D.
- Incluya una copia de su declaración de impuestos del año anterior, estado de ingresos del Seguro Social, prueba de ingreso anual ó algún comprobante oficial de ingresos.
- Aplicaciones serán aceptadas de Noviembre ha Junio. Nuevos solicitanes tendrán la oportunidad de aplicar cuando nuevo servicio es establecido.
- Si el solicitante es el inquilino, favor de anexar copia del contrato de arrendamiento y tambien el dueño de la propiedad debe completar un affidavit el cual se puede obtener en la oficina de PWD o en la página web: www.palmdale-water.org.

### Declaración y autocertificación

Yo declaro que la información proveída en esta aplicación y la documentación presentada son correctas y verdaderas. Estoy de acuerdo en brindar prueba de ingresos en la forma requerida por PWD. Y estoy de acuerdo en informar al PWD si ya no califico para recibir la asistencia. Yo sé que si recibo la asistencia sin calificar podría requerirse que pague el monto de la cantidad de asistencia recibida.

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

<b>FOR PWD USE ONLY:</b>	Favor de entregar la aplicación y documentación requerida a:
Date Received and Initials: _____	Palmdale Water District 2029 E. Avenue Q Palmdale, CA 93550
Processed By: _____	
Date Approved: _____	
Date Denied: _____	

## En referencia a PWDPAT

El Distrito del Agua de la Ciudad de Palmdale (PWD) se complace en ofrecer el programa de asistencia tarifario (PAT) para nuestros clientes de 62 años ó mayores, veteranos o familias de bajos recursos que reúnan los requisitos explicados mas adelante. Si su hogar califica para el descuento CARE en las facturas de electricidad ó gas entonces podría calificar para la asistencia del programa tarifario recibiendo hasta un 50% de descuento en el cargo mensual por servicio en su factura del agua.

Para aplicar por PWDPAT por su residencia favor de llenar esta solicitud y agregar la documentación necesaria. Si la solicitud es aprobada, la asistencia será efectiva 60 días despues a partir de la fecha de aprobación y es unicamente para ese año calendario. Si la solicitud no es aprobada , usted recibirá una carta con una explicación por la decisión. Las solicitudes serán procesadas en el orden que sean recibidas hasta que los fondos sean agotados.

Si necesita ayuda llenando la aplicación ó necesita mas información acerca del programa, llame al PWD 661-947-4111, opción 8 (español) luego presione 2 para Servicio al Cliente en español, visite nuestra oficina ubicada en el 2029 E Avenue Q, Palmdale, ó visite nuestra página web: [www.palmdalewater.org](http://www.palmdalewater.org).

### REQUISITOS DE INGRESO (Vigente del 1ro de Junio del 2018 al 31 de Mayo de1 2019)

Fuente: California PUC Tarifas Alternativas para Energía (CARE)

Número de personas que viven en la casa	Máximo del ingreso bruto total de todas las fuentes
<u>1-2</u>	<u>\$32,920</u>
<u>3</u>	<u>\$41,560</u>
<u>4</u>	<u>\$50,200</u>
<u>5</u>	<u>\$58,840</u>
<u>6</u>	<u>\$67,480</u>
<u>7</u>	<u>\$76,120</u>
<u>8</u>	<u>\$84,760</u>
<u>Por cada persona adicional</u>	<u>\$8,640</u>

### Que se considera ingreso?

Ingreso total bruto es el la acumulación de los ingresos de todos los integrantes del hogar provenientes de cualquier fuente: sueldos, salarios, compensaciones por empleo, intereses, dividendos, manutención marital, manutención de hijos, asistencia pública, pensiones del seguro social, ingresos por arrendamineto, ingresos provenientes de trabajar por cuenta propia y todas las retribuciones no monetarias por empleo.

### Cuales son los requisitos?

- La solicitud tiene que ser llenada y entregada. Las solicitudes serán aceptadas en el orden que sean recibidas hasta agotar la disponibilidad de fondos. Dependiendo de la disponibilidad de fondos las solicitudes se procesarán en el siguiente orden de prioridad: personas de la tercera, veteranos de guerra y familias de bajos recursos.
- Debe participar en el programa CARE de Southern California Edison ó Southern California Gas.
- Si el solicitante es el inquilino, se requiere copia del contrato de arrendamiento y declaración jurada del propietario.
- La cantidad de ingreso total bruto del hogar no puede exceder la cantidad mostrada en la tabla de "ingresos requeridos".
- Debe ser cliente residencial del PWD con un medidor de agua de 1" (1 pulgada) ó menor.
- Debe proveer verificación de edad e ingreso requerido por el PWD.
- No ser declarado dependiente de otra persona en la declaración de impuestos federal ó estatal.
- Podría ser requerida una prueba de ser dueño de la propiedad.
- Tendrá que aplicar anualmente y/ó cada vez que se mude a otra propiedad dentro del PWD.
- Tendrá que notificar en un periodo de 30 das si ya no es elegible.
- La asistencia no es transferible con la propiedad o con el solicitante.
- El solicitante no puede poseer más de una (1) propiedad.



## **PROGRAMA DE ASISTENCIA TARIFARIO**

DECLARACION JURADA PARA CONFIRMAR QUE EL ARRENDATARIO  
ES RESPONSABLE DEL PAGO DE FACTURAS DE AGUA

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio expreso y afirmo:

1. Que soy el arrendador/dueño de la propiedad localizada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Palmdale, CA \_\_\_\_\_ (Codigo Postal)

2. Que esta propiedad es de uso residencial.

3. Que el número de cuenta del agua es: \_\_\_\_\_.

4. Que dentro de mi conocimiento, la información proveída es correcta y verdadera.

Arrendatario/Inquilino responsable de pagar la factura de agua:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

5. Que en la fecha: \_\_\_\_\_ un contrato de arrendamiento fué realizado para la propiedad  
arriba mencionada y en dicho contrato de arrendamiento se especifica que el arrendatario/  
inquilino arriba mencionado es responsable por las facturas de agua generadas durante el  
periodo vigente del contrato de arrendamiento. Este contrato incluye \_\_\_\_\_ (Número de resi-  
dentes)

6. La fecha de vencimiento del contrato de arrendamiento es: \_\_\_\_\_.

Yo declaro bajo pena de perjurio y bajo las leyes del estado de California que la infomación anterior  
es verdadera y correcta. Ejecutado el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

Nombre del arrendador/dueño: \_\_\_\_\_

Ultimos 4 números del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Direccion de correo: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Cell: \_\_\_\_\_ Casa/Oficina: \_\_\_\_\_

Firma del arrendador/dueño: \_\_\_\_\_