



# OFRECIENDO UNA MANO AMIGA A LAS PERSONAS DE BAJOS INGRESOS, LAS PERSONAS MAYORES Y LOS DISCAPACITADOS

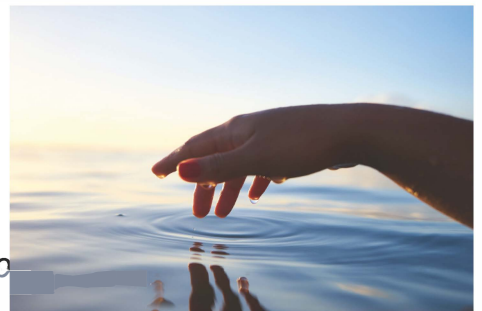
Usted, o alguien que conozca,  
puede calificar para un descuento de  
25% o 50% en su cargo mensual por  
servicio residencial.

**Por favor  
contáctenos  
para más  
información**

Regístrese en línea en [www.diablowater.org](http://www.diablowater.org)  
o llené la solicitud en la parte posterior de  
este folleto y regresé a la oficina en  
87 Carol Lane (junto a Les Schwab Tires)

## Elegibilidad de Descuento

- ▶ Bajos ingresos, personas mayores de 62 años o más, o discapacitados permanentes.
- ▶ *La elegibilidad para participar se determinará por la evidencia de la participación del titular de la cuenta de agua en el Programa de Atención de PG&E, CalFresh, CalWORKS, Medi-Cal, Seguridad de Ingreso Suplementario o programas similares patrocinados por el estado o el gobierno federal.*





# SOLICITUD DE CARGO POR SERVICIO MENSUAL CON DESCUENTO

Diablo Water District ofrece un descuento en el cargo mensual por servicio residencial a clientes de bajos ingresos, personas mayores o discapacidades permanentes.

- Todos los solicitantes deben cumplir con las siguientes pautas de ingresos:
  - 100% de ingresos federales de pobreza (*también deben proporcionar prueba de ingresos anuales*)
    - 50% por mes de descuento en el cargo del servicio
  - 200% del ingreso federal de pobreza
    - 25% por mes de descuento en el cargo por servicio

**\*\*La persona que califica para el descuento debe ser el titular de la cuenta\*\***

Dirección de Servicio: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en esta dirección: \_\_\_\_\_

Ingreso **bruto anual** total de todas las personas que viven en esta dirección \$ \_\_\_\_\_

**Adjunte prueba** de la participación del titular de la cuenta de agua en el Programa de Atención de PG&E, CalFresh, CalWORKS, Medi-Cal, Seguridad de Ingreso Suplementario o programas similares patrocinados por el estado o el gobierno federal.

Por favor, elija uno:

- Programa PG&E Care
- CalFresh
- CalWORKS
- Medi-Cal
- Ingreso Suplementario de Seguridad
- Otra cosa: \_\_\_\_\_

*Declaro que la información anterior es verdadera y correcta.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Por favor, devuelva este formulario a nuestra oficina a través de entrega o mail y **adjunte los formularios de solicitud**. Se requiere la renovación de la elegibilidad del programa cada tres años.*

**For Office Use Only:**

Verified By: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_