



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
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: ____ / ____ / ____