



OFRECIENDO UNA MANO AMIGA A LAS CIUDADANOS DE LA TERCERA EDAD, DE BAJOS INGRESOS Y DISCAPACITADOS

Usted, o alguien que conoce, puede calificar para un descuento de \$5 o \$10 en su cargo mensual de 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

- ▶ Mayores de 62 años, discapacitados de forma parcial o total, o personas de bajos ingresos; y
- ▶ Todos los participantes deben tener un ingreso familiar anual total de \$55,500 o menos.
- ▶ *La elegibilidad de participación se determinará mediante la evidencia de la participación del titular de la cuenta de agua en el Programa PG&E Care, CalFresh, CalWORKS, Medi-Cal, Ingreso Suplementario de Seguridad, o programas similares patrocinados por el estado o el gobierno federal.*





SOLICITUD DEL CARGO DE SERVICIO MENSUAL CON DESCUENTO

Diablo Water District ofrece un descuento en el cargo mensual del servicio a los clientes de bajos ingresos, de la tercera edad o discapacitados:

- Todos los solicitantes deben cumplir con las siguientes pautas de ingresos:
 - 100% de ingreso de pobreza federal (es decir, familia de 4 = \$27,750)
 - \$10 por mes de descuento en el cargo del servicio
 - 200% del ingreso de pobreza federal (es decir, familia de 4 = \$55,500)
 - \$5 por mes de descuento en el cargo del 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 anual bruto total de todas las personas que viven en esta dirección \$ _____

Adjunte una prueba de ingresos que pueda ser evidencia de la participación del titular de la cuenta de agua en el Programa PG&E Care, CalFresh, CalWORKS, Medi-Cal, Ingreso Suplementario de Seguridad, 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
- Otro: _____

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva este formulario a nuestra oficina a través de entrega o por correo postal y adjunte la prueba de ingresos requerida. Se requiere la renovación de la elegibilidad del programa cada tres años.

For Office Use Only:

Verified By: _____

Date: ____/____/____