



Tahoe City Public Utility District

Solicitud para el Programa de Asistencia con la tarifa del agua a Clientes Residenciales de Bajos Ingresos

El Distrito de Servicios Públicos de Tahoe City ofrece un programa de asistencia tarifaria para clientes residenciales de bajos ingresos. Los solicitantes calificados recibirán una reducción mensual del 25% o 50 % en la tarifa base actual de agua residencial con medidor de ¾ de pulgada. La financiación del programa es limitada y disponible de acuerdo al orden de llegada. Para calificar al programa desde el 1ero de Enero, los participantes deberán aplicar antes del 1ero de Diciembre cada año.

1. Requisitos necesarios

- Tener como residencia primaria una dirección dentro del distrito que sirve TCPUD.
- Ser responsable del pago de la factura del agua de TCPUD.
- El consumo de agua en su factura no debería haber excedido el límite del Nivel 1 de consumo durante los últimos 12 meses (8,000 galones por mes).

2. Asistencia de tarifas de nivel 1: reducción de tarifas del 50%:

¿Puede mostrar prueba de inscripción activa en el programa CARE de Liberty Utilities en la misma dirección que su dirección de servicio de agua de TCPUD? **Sí: vaya al paso 4.** **No: continúe con el paso 3.**

3. Asistencia de tarifas de nivel 2: reducción de tarifas del 25%:

Sus ingresos familiares combinados antes de impuestos no pueden ser mayores que los límites que se muestran a la derecha.>>>>

Tamaño del hogar ____ Ingresos: _____

¿Su ingreso familiar anual combinado es menor que los límites que se muestran aquí?

- Sí. Continúe con el paso 4.**
- No: no es elegible para recibir asistencia con las tarifas.**

Tamaño del hogar	Ingreso anual total combinado
1	\$66,050
2	\$75,450
3	\$84,900
4	\$94,300
5	\$101,850
6+	\$109,400

4. Información del Solicitante

Solicitado por: Dueño de la propiedad Arrendatario

Nombre en la cuenta: _____ Número de cuenta _____

Dirección de servicio: _____

Dirección de correo: _____

Número Telefónico: _____ Dirección de correo electrónico: _____

5. **Certificación** - Certifico, bajo pena de perjurio, que la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta. Doy fe de que el ingreso total de mi hogar cumple con los requisitos de ingresos del programa y que cumpla con todos los demás requisitos del programa. Entiendo que TCPUD se reserva el derecho de solicitar documentación de prueba de elegibilidad.

Si solicito asistencia de tarifa de Nivel 1, adjunté una copia de las páginas de detalles de mi factura de Liberty más reciente que muestra mi nombre, dirección de servicio y descuento CARE.

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

Por favor entregar la solicitud completa al TCPUD:

En Persona: 221 Fairway Dr, Tahoe City

Correo: PO Box 5249, Tahoe City, CA 96145

Correo electrónico: accounting@tcpud.org

Por favor permitir al menos 30 días para que el procesamiento del descuento aparezca

For Internal Use Only

Date Received: _____

Approved Denied

Denial Reason: _____

Processed by: _____

Date: _____