

طلب الانضمام إلى برنامج مساعدة العملاء المخصص لعملاء المنازل المكوّنة من أسرة واحدة

يُقدّم برنامج مساعدة العملاء (CAP) التابع لهيئة مرافق الطاقة العامة في سان فرانسيسكو (SFPUC) خصمًا بقيمة 25% أو 40% على فواتير المياه والصرف الصحي إلى العملاء المستحقين ذوي الدخل المنخفض.

تُلزم متطلبات برنامجنا جميع المشاركين في برنامج CAP بإعادة تأكيد أهليتهم كل 36 شهرًا. هل تُقدّم هذا الطلب لأنك تلقيت اتصالاً أو رسالة منا لإعادة تأكيد أهليتك لبرنامج CAP؟
نعم لا

القسم أ: معايير الاستحقاق (مطلوبة)

للتقدّم بطلب إلى برنامج مساعدة العملاء، يجب أن تستوفي المعايير التالية:

1. أن يكون لديك حساب خدمات واحد فقط لمرافق المياه والصرف الصحي لدى هيئة مرافق الطاقة العامة في سان فرانسيسكو (SFPUC).
2. أن تكون فاتورة مرافق المياه والصرف الصحي باسمك.
3. أن تكون مقيمًا بشكل دائم في العنوان الذي سيُستلم فيه الخصم.
4. ألا تكون معالًا في الإقرار الضريبي لشخص آخر.
5. أن يكون لديك حساب لمنزل يضم عائلة واحدة مُزوّد بعداد خاص به. تتضمن الأمثلة على الحسابات غير المؤهلة لبرنامج مساعدة العملاء خدمات إطفاء الحريق، والمباني السكنية المتعددة، وحسابات الري، والحسابات التجارية، وحسابات مبيعات الجملة.
6. أن لا يتجاوز إجمالي دخل الأسرة المجموعة شروط الدخل المحدّدة من البرنامج. راجع الجدول التالي لمعرفة إذا كانت أسرته مؤهلة أم لا:

حجم الأسرة	دخل الأسرة السنوي (خصم 40%)	دخل الأسرة السنوي (خصم 25%)
شخص واحد	34,050 دولار	56,750 دولار
شخصان	38,900 دولار	64,850 دولار
3 أشخاص	43,750 دولار	72,950 دولار
4 أشخاص	48,650 دولار	81,050 دولار

متوسط الدخل في منطقة سان فرانسيسكو لعام 2026، مكتب عمدة سان فرانسيسكو للإسكان والتنمية المجتمعية

يُعرّف إجمالي دخل الأسرة بأنه الدخل المُجمّع لجميع أفراد الأسرة، سواء كان خاضعًا للضريبة أم لا، الذين يعيشون في المنزل الذي يخدمه حساب هيئة مرافق الطاقة العامة في سان فرانسيسكو، ويشمل ما يلي:

- الأجر أو الرواتب
- إعانات البطالة
- المعاشات التقاعدية
- بدلات الإعاقة أو الضمان الاجتماعي للتأمين ضد العجز (SSDI)
- إجمالي الدخل من العمل الحر (نموذج دائرة الإيرادات الداخلية 1040 ج)
- الضمان الاجتماعي
- دخل الضمان التكميلي/المدفوعات التكميلية الحكومية (SSI/SSP)
- نفقة الأطفال أو النفقة الزوجية
- نفقة الأطفال أو النفقة الزوجية
- تعويضات العمال
- إيرادات الإيجار أو حقوق الملكية
- التسويات التأمينية أو القانونية
- الفوائد أو الأرباح من حسابات الادخار، أو الأسهم، أو السندات، أو حسابات التقاعد
- الإيرادات الإجمالية من سعر المبيعات (نموذج دائرة الإيرادات الداخلية 1040 الجدول د)
- الإيرادات النقدية أو الهدايا
- المنح الدراسية والهبات

المعلومات الأساسية

رقم حساب العميل لدى هيئة مرافق الطاقة العامة في سان فرانسيسكو	الاسم كما هو مُوضَّح على فاتورة مرافق المياه والصرف الصحي
عنوان المنزل	المدينة الرمز البريدي
رقم هاتف المنزل	عنوان البريد الإلكتروني

الخيار الأول: أتلقي حاليًا مخصصات CalWORKs، أو CalFresh، أو Medi-Cal من وكالة الخدمات الإنسانية في سان فرانسيسكو (SFHSA) وأمنح الإذن لحساب التوفير الصحي (HSA) لمشاركة معلومات الدخل الخاصة بي مع هيئة مرافق الطاقة العامة في سان فرانسيسكو.

يجب ملء ما يلي، عن كل فرد من أفراد الأسرة لديه دخل:

- اسم فرد الأسرة بالكامل
- التوقيع (بالنسبة إلى القاصرين، يمكن توقيع أحد الوالدين/ولي الأمر نيابةً عنهم)
- تاريخ الميلاد
- الأرقام الأربعة الأخيرة من رقم الضمان الاجتماعي

إذا كانت لا تتوفر أي من المعلومات المطلوبة أعلاه عن أي من أفراد الأسرة الذين يحصلون على دخل، فاستخدم الخيار الثاني أو الثالث كما هو موضح أدناه للتحقق من دخلهم.

بتحديد الخيار الأول، فأني أمنح الإذن لوكالة الخدمات الإنسانية في سان فرانسيسكو لمشاركة معلومات دخل الأسرة المحدودة مع هيئة مرافق الطاقة العامة في سان فرانسيسكو. أدرك أن قاعدة بيانات وكالة الخدمات الإنسانية في سان فرانسيسكو لا تعرض إلا اسمي، وعنواني، وما إذا كان دخل أسرتي ضمن نسب معينة للتوجيهات العامة الفيدرالية لتحديد مستوى الفقر بناءً على المعلومات التي قُدمتها إلى وكالة الخدمات الإنسانية في سان فرانسيسكو. وينتهي الإذن بالكشف عن المعلومات هذا خلال عام واحد من تاريخ التوقيع على الصفحة الثانية ما لم أقم بإلغائها كتابيًا قبل هذا التاريخ.

معلومات عن أفراد الأسرة

إجمالي عدد الأفراد الذين يعيشون في منزلي: _____

يجب إكمال جميع الأعمدة المطلوبة لكل فرد من أفراد الأسرة لديه دخل. إذا كنت تحتاج إلى أسطر إضافية أو مساحة أكبر، فيُرجى إرفاق صفحة منفصلة.

بالنسبة إلى الطلبات التي تختار الخيار الأول (تتلقي حاليًا مخصصات وكالة الخدمات الإنسانية في سان فرانسيسكو)			مطلوب لجميع أفراد الأسرة الذين يحصلون على دخل	
آخر 4 أرقام من رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	توقيعات أفراد الأسرة الذين لديهم دخل يجب على الوالدين/الأوصياء القانونيين التوقيع نيابةً عن أي قاصر (أقل من 18 عامًا)	الدخل السنوي من جميع المصادر	أدرج أفراد الأسرة الذين لديهم دخل، بمن فيهم أنت
6789	10/3/1982	جين دو	3,500 دولار	جين دو
7391	4/16/2013	جون دو	0 دولار	جون دو

☐ الخيار الثاني: سوف أرسل نسخة موقَّعة من أحدث إقرار ضريبي فيدرالي لجميع أفراد الأسرة الذين يحصلون على دخل.

يُرجى إرسال جميع الصفحات من إقرارك الضريبي.

معلومات عن أفراد الأسرة

إجمالي عدد الأفراد الذين يعيشون في منزلي: _____

يجب إكمال جميع الأعمدة المطلوبة لكل فرد من أفراد الأسرة لديه دخل. إذا كنت تحتاج إلى أسطر إضافية أو مساحة أكبر، فيُرجى إرفاق صفحة منفصلة.

مطلوب لجميع أفراد الأسرة الذين يحصلون على دخل	
أدرج أفراد الأسرة الذين لديهم دخل، بمن فيهم أنت	الدخل السنوي من جميع المصادر
جين دو	3,500 دولار
جون دو	0 دولار

الخيار الثالث: سوف أرسل مستندًا آخر عن الدخل لكل فرد من أفراد أسرتي يحصل على دخل ولا يتوفر له إقرار ضريبي فيدرالي.

يجب ملء ما يلي، عن كل فرد من أفراد الأسرة لديه دخل:

- اسم فرد الأسرة بالكامل
- إجمالي الدخل السنوي من جميع المصادر
- قائمة بمستندات الدخل المُقدَّمة
- قد تتضمن مستندات الدخل ما يلي:
- قسيمان متتاليتان للراتب
- نسختان متتاليتان من شيكات الضمان الاجتماعي
- نسختان متتاليتان من شيكات برنامج دخل الضمان التكميلي (SSI)
- نماذج W-2
- خطاب التحقق من استحقاقات الضمان الاجتماعي
- بيان بإعانات البطالة

* يُرجى ملاحظة أن مستندات الدخل يجب أن تذكر بوضوح اسم (أسماء) فرد (أفراد) الأسرة.

معلومات عن أفراد الأسرة

إجمالي عدد الأفراد الذين يعيشون في منزلي: _____

يجب إكمال جميع الأعمدة المطلوبة لكل فرد من أفراد الأسرة لديه دخل. إذا كنت تحتاج إلى أسطر إضافية أو مساحة أكبر، فيُرجى إرفاق صفحة منفصلة.

مطلوب لجميع أصحاب الدخل	مطلوب فقط لمُقدِّمي الطلبات الذين يستخدمون الخيار الثالث (الذين لا يُقدِّمون إقرارًا ضريبيًا فيدراليًا)
أدرج أفراد الأسرة الذين لديهم دخل، بمن فيهم أنت	الدخل السنوي من جميع المصادر
جين دو	3,500 دولار
جون دو	0 دولار

كيف يمكنك وصف نفسك بشكل أساسي؟ (اختر إجابة واحدة)

- ☐ آسيوي ☐ من ذوي البشرة السوداء أو الأمريكيين ذوي الأصول الإفريقية
- ☐ من سكان هاواي الأصليين أو غيرها من جزر المحيط الهادئ ☐ فلبيني
- ☐ أبيض ☐ من السكان الأصليين، أو الأمريكيين الأصليين، أو الهنود الأمريكيين
- ☐ من الشرق الأوسط أو شمال إفريقيا ☐ من أصل لاتيني أو إسباني
- ☐ متعدد الأعراق ☐ من أصل لاتيني أو إسباني
- ☐ غير ذلك

اللغة المفضلة (اختر إجابة واحدة)

- ☐ الكانتونية ☐ الإنجليزية
- ☐ الإسبانية ☐ الفلبينية
- ☐ الفيتنامية ☐ اليابانية
- ☐ العربية ☐ الماندارين
- ☐ غير ذلك ☐ الروسية

كيف علمت برنامجنا؟ (حدّد جميع ما ينطبق) مع الخيارات التالية:

- ☐ إعلان في الصحف أو الراديو ☐ وسائل التواصل الاجتماعي
- ☐ مواد مُرسلة مع فاتورتي ☐ مؤسسة مجتمعية أو منظمة غير ربحية
- ☐ موقع SFPUC الإلكتروني ☐ وسيلة إعلامية أو صحفية أخرى
- ☐ من خلال الأصدقاء والمعارف ☐ بحث جوجل
- ☐ البريد الإلكتروني ☐ غير ذلك

هل أنت أو أي شخص في أسرتك مُسجّل حاليًا في أي من البرامج التالية؟

لن تؤثر إجابتك في أهليتك لبرنامج الخصم هذا. هذه المعلومات مُخصّصة لأغراض تحسين البرنامج فقط. لن نشارك أي معلومات شخصية تخصك مع أي مؤسسة أخرى دون إذن صريح منك.

- ☐ لا شيء ☐ برنامج CalFresh (SNAP)
- ☐ برنامج MediCal ☐ برنامج CalWORKs
- ☐ دخل الضمان التكميلي (SSI) ☐ برامج مساعدة الكبار في المقاطعة (CAAP)
- ☐ غير ذلك

هل هناك معلومات إضافية تود تقديمها؟ إذا كان الأمر كذلك، فيرجى استخدام المساحة أدناه.

يُرجى ألا تتردد في تقديم التعليقات، أو الملاحظات، أو الأفكار عن كيفية عمل هيئة SFPUC على تزويدك بالدعم بشكل أفضل.

القسم ج: التصريح بالكشف والخطوات النهائية (مطلوب)

عند التوقيع أدناه، أقر (1) أنني أستوفي جميع معايير الأهلية الواردة ضمن القسم أ، (2) أن جميع المعلومات التي قدّمتها في هذا الطلب حقيقية وصحيحة، و(3) أنني قدّمت شهادة إثبات الدخل و/أو الملكية، على النحو اللازم، لجميع الأشخاص الذين يعيشون في المنزل الذي يخدمه حساب هيئة المرافق العامة في سان فرانسيسكو. أوافق على إبلاغ هيئة المرافق العامة في سان فرانسيسكو فورًا بأي تغييرات تطرأ على أسرتي بما يؤثر في مدى الأهلية للاستفادة من الخصم. إذا لم أستطع تقديم المعلومات المطلوبة أو في حال الاستفادة من الخصم عندما تكون أسرتي غير مؤهلة، فسيتم حذف من البرنامج وقد أتحمّل مسؤولية سداد الخصم الذي حصلت عليه من وقت تلقّيه. أدرك أنه بعد التسجيل، قد يتم اختيار حسابي ليجتمع للمراجعة العشوائية وأوافق على تقديم أي معلومات مطلوبة. في حالة الموافقة على الطلب، سيحصل العملاء على خصومات تبدأ في أول دورة فوترة كاملة بعد الموافقة على طلبهم. يُرجى الانتظار لمدة تتراوح من 3 إلى 4 أسابيع حتى ننهي من معالجة طلبك. إذا تم رفض طلبك للانضمام إلى برنامج مساعدة العملاء (CAP)، فيجب عليك الانتظار لمدة ثلاثة (3) أشهر من تاريخ الرفض قبل تقديم طلب جديد.

التاريخ

☐ ضع علامة إذا كنت ولي أمر أو لديك توكيل رسمي

توقيع العميل

لتجنّب أي تأخير أو رفض إضافي، يُرجى التأكد من تقديم طلبك مصحوبًا بوثائق دخل كاملة ودقيقة لجميع أفراد الأسرة. قد يتم رفض الطلبات المُقدّمة دون المستندات المطلوبة.

أرسل طلبك المكتمل عبر البريد العادي أو سلمه في العنوان: San Francisco Water, Power, and Sewer, Customer Services, CAP Program, 525 Golden Gate Avenue, 2nd Floor, San Francisco, CA 94102 Attention

إذا كانت لديك أي استفسارات، فيرجى التواصل معنا عبر البريد الإلكتروني: CAP@sfgwater.org