

## 客戶協助計劃申請表 適用於單戶住宅客戶

三藩市水利局 (SFPUC) 的客戶協助計劃 (CAP) 為符合資格的低收入客戶提供 25% 或 40% 的水費和排污費帳單折扣。

### A 部分: 資格條件 (必填)

若要申請客戶協助計劃, 您必須符合下列條件 :

1. 您在三藩市水利局只有一個供水和排污服務帳戶。
2. 您的水費和排污費帳單在您名下。
3. 您固定居住在可獲折扣的地址。
4. 您不是別人報稅單上的被扶養人。
5. 您有一個單獨碼錶住宅帳戶。不符合CAP資格的帳戶包括消防服務、多單位住宅、灌溉、商業和批發帳戶。
6. 您的家庭綜合總收入未超過本計劃的收入標準。請參閱下表, 了解您的家庭是否符合資格:

Household Size	家庭年收入 (40% 折扣)	家庭年收入 (25% 折扣)
1 人	\$32,750	\$54,550
2 人	\$37,400	\$62,350
3 人	\$42,100	\$70,150
4 人	\$46,750	\$77,950

2025 年三藩市地區中位數收入 - 三藩市市長辦公室房屋與社區發展處

**家庭總收入** 家庭總收入的定義為: 居住在此三藩市水利局帳戶的服務地址中, 所有人的 應課稅和免稅收入總和, 包括:

- 工資或薪水
- 養老金
- 自僱工作總收入  
(IRS 表 1040 附表 C)
- 子女或配偶贍養費
- 工傷賠償金/失業救濟金
- 傷殘補助金或社會安全殘障保險  
(SSDI)
- 社會安全金/社會安全生活補助金  
(SSI)/州政府補助金 (SSP)
- 租金或版稅收入/保險理賠或法律  
和解金
- 儲蓄帳戶、股票、債券或退休帳戶的  
利息或股息
- 銷售價格收益 (IRS 表 1040 附表 D)  
/現金收入或禮物
- 獎學金和助學金

### 基本資料

三藩市水利局帳號	姓名 如您的水費和排污費帳單所示	
住家地址	City	Zip Code
住家電話	電郵地址	

## B 部分: 收入驗證 (必填)

請在下面選擇一個選項:



**選項 1:** 我目前正領取三藩市民眾服務局 (SFHSA) 提供的 CALWORKS、CALFRESH 或 MEDI-CAL 福利, 且我授權民眾服務局與三藩市水利局共享我的收入資訊。

對於每一位有收入的家庭成員, 都必須在第 3 頁填寫下列資訊:

- 家庭成員全名
- 簽名 (未成年人由家長 / 監護人簽名)
- 出生日期
- 社會安全號碼末 4 碼

若以上任何賺取收入的家庭成員缺少上述任何資訊, 請使用下列選項 2 或 3 來驗證其收入。

選擇選項 1, 代表我授權三藩市民眾服務局與三藩市水利局共享有限的家庭收入資訊。我了解三藩市民眾服務局的資料庫可能只根據我向該局提供的資訊, 顯示我的姓名、地址和我的家庭收入是否落在聯邦貧困線的特定百分比之內。除非我提前以書面方式取消授權, 否則這項資訊的披露授權將從我在第 2 頁簽名日期起一年後失效。

**選項 2:** 對於所有賺取收入的家庭成員, 我將提交一份有簽名的最新聯邦報稅單副本。

請提交報稅單的所有頁面。

**選項 3:** 對於每個沒有聯邦報稅單的賺取收入家庭成員, 我將提交該家庭成員的其他收入文件。

對於每一位有收入的家庭成員, 都必須在第 3 頁填寫下列資訊:

- 家庭成員全名
- 包含所有來源的總年收入
- 列出提交的收入文件

收入文件可能包括:

- 2 張連續的薪資支票存根
- 2 張連續的社會安全金支票副本
- 2 張連續的 SSI 支票副本
- W-2 表
- 社會安全福利證明函
- 失業救濟金對帳單

## C 部份: 家庭成員資訊

我的家庭中居住總人數: \_\_\_\_\_

請為您家庭中每一位有收入的家庭成員填寫所有必填欄位。如果您需要更多行或更多空間, 請另外附加空白頁。

所有收入者都需要		適用於選擇選項 1 的申請人 (目前正領取三藩市民眾服務局的福利)			只有使用選項 3 的申請人才 須填寫 (沒有提交聯邦報稅單)
列出家庭成員, 包括您自己	包含所有來源的年收入	有收入的家庭成員簽名 任何未成年人 (18 歲以下) 必須 由家長/法定監護人簽名	出生日期	社會安全號碼末 4 碼	列出提交的收入文件
Jane Doe	\$3,500	<i>Jane Doe</i>	10/3/1982	6789	1) 2 張連續的薪資支票存根 2) W-2 表
John Doe	\$0	<i>John Doe</i>	4/16/2013	7391	不適用

**您會怎樣形容自己? (請選取所有適用項目)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 亞裔              | <input type="checkbox"/> 中東裔或北非裔        |
| <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人        | <input type="checkbox"/> 混血             |
| <input type="checkbox"/> 菲律賓裔            | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民 |
| <input type="checkbox"/> 土著、美洲原住民或美洲印第安人 | <input type="checkbox"/> 白人             |
| <input type="checkbox"/> 拉美裔或西語裔         | <input type="checkbox"/> 其他             |

**首選語言**

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 粵語       | <input type="checkbox"/> 薩摩亞語 |
| <input type="checkbox"/> 英語       | <input type="checkbox"/> 西班牙語 |
| <input type="checkbox"/> 菲律賓語     | <input type="checkbox"/> 越南語  |
| <input type="checkbox"/> 日語       | <input type="checkbox"/> 阿拉伯語 |
| <input type="checkbox"/> 普通話 (國語) | <input type="checkbox"/> 其他   |
| <input type="checkbox"/> 俄語       |                               |

**您或您家中的任何人目前是否參加了以下任何計劃?**

您的回答不會影響您享受折扣計劃的資格。此資訊僅用於改進目的。未經您的明確許可，不會與任何其他組織分享個人資訊。

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 沒有                 | <input type="checkbox"/> 醫療 MediCal  |
| <input type="checkbox"/> 加州 CalFresh (SNAP) | <input type="checkbox"/> 社會福利金 (SSI) |
| <input type="checkbox"/> 加州 CalWORKs        | <input type="checkbox"/> 其他          |
| <input type="checkbox"/> 縣成人援助計畫 (CAAP)     |                                      |

**您還想提供其他資料或意見嗎?**

請隨意使用下面空間填寫。

**Section D: Declaration & Final Steps (Required)**

我在下面簽名，證明 1) 我符合 A 部分所列的全部資格條件，2) 我在本申請表上提供的資訊均真實且正確，3) 我已按要求提供此三藩市水利局服務地址中所有居住者的收入和 / 或居住證明。我同意當我的家庭出現任何會影響折扣資格的變動時，應立刻通知三藩市水利局。如果我沒有按要求提供資訊，或者我的家庭在不符資格時獲得折扣，我將被此計劃除名，且可能需負責償還從獲得折扣起的折扣金額。我了解在註冊加入此計劃之後，我的帳戶可能被選中接受隨機審查，並同意按要求提供任何資訊。

**客戶簽名** 若是監護人或授權代理人請打勾**日期****請將填妥的申請表郵寄或投遞至：**

San Francisco Water, Power, and Sewer  
Customer Services, Attention: CAP Program  
525 Golden Gate Avenue, 2nd Floor, San Francisco, CA 94102