

Solicitud Del Programa De Asistencia Al Cliente Para Clientes Residenciales Unifamiliares

El Programa de Asistencia al Cliente (CAP) de la SFPUC proporciona un descuento del 25% o del 40% en las facturas de agua y alcantarillado a los clientes de bajos ingresos que reúnan los requisitos.

Sección A: Criterios De Elegibilidad (Obligatorios)

Para solicitar el CAP, usted debe cumplir los siguientes criterios:

1. Tener una sola cuenta del servicio de agua y alcantarillado con la SFPUC.
2. La factura de agua y alcantarillado debe estar a su nombre.
3. Ser residente de tiempo completo en el domicilio donde se recibirá el descuento.
4. No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
5. Tiene una cuenta residencial unifamiliar que se mide individualmente. Ejemplos de cuentas que no son elegibles para CAP incluyen cuentas de servicio de bomberos, residenciales, de riego, comerciales y mayoristas.
6. El total de los ingresos combinados brutos de su hogar no debe superar las pautas de ingresos del programa. Consulte el cuadro que se incluye a continuación para ver si su hogar reúne los requisitos:

Tamaño del hogar	Ingresos anuales del hogar (descuento del 40%)	Ingresos anuales del hogar (descuento del 25%)
1 persona	\$32,750	\$54,550
2 personas	\$37,400	\$62,350
3 personas	\$42,100	\$70,150
4 personas	\$46,750	\$77,950

Ingresos promedio del área de San Francisco para 2025, Oficina de Vivienda y Desarrollo Comunitario de la Alcaldía de San Francisco

Los ingresos totales del hogar se definen como los ingresos gravables y no gravables combinados de TODAS las personas que viven en la dirección que recibe servicio de la cuenta de la SFPUC, incluyendo:

- Sueldos y salarios
- Pensiones
- Ingresos brutos del trabajo independiente (formulario 1040 del IRS, Anexo C)
- Manutención infantil o del cónyuge
- Compensación a los trabajadores
- Beneficios de desempleo
- Pagos por discapacidad o de SSDI
- SSI/SSP del Seguro Social
- Ingresos por alquileres o regalías
- Acuerdos legales o de seguros
- Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, acciones, bonos o cuentas para la jubilación
- Ingresos-precio de venta (formulario 1040 del IRS Anexo D)
- Ingresos en efectivo o donaciones
- Becas y subvenciones

Información Básica		
Número de cuenta del cliente de la SFPUC	Nombre <i>Como aparece en su factura de agua y alcantarillado</i>	
Dirección residencial	Ciudad	Código postal
Teléfono residencial	Dirección de correo electrónico	

Sección B: Verificación de Ingresos (Obligatoria)

Seleccione **una** de las siguientes opciones:

Opción 1: Actualmente recibo beneficios de CalWORKs, CalFresh o Medi-Cal de la agencia de servicios humanos de San Francisco (SFHSA) y autorizo a la HSA a divulgar la información sobre mis ingresos a la SFPUC.

Por cada miembro de su hogar que perciba ingresos, deberá proporcionar lo siguiente en la página 3:

- Nombre completo del miembro del hogar
- Firma (para los menores, pueden firmar los padres o tutores)
- Fecha de nacimiento
- Los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social

Si no se dispone de alguna de la información anterior sobre alguno de los miembros del hogar que perciben ingresos, utilice las opciones 2 o 3 que se indican a continuación para verificar sus ingresos.

Al seleccionar la Opción 1, autorizo a la SFHSA a divulgar a la SFPUC información limitada sobre los ingresos del hogar. Comprendo que la base de datos de la SFHSA solo puede mostrar mi nombre, mi dirección y si los ingresos de mi hogar se encuentran dentro de ciertos porcentajes de las directrices federales de pobreza en base a la información que le he proporcionado a la SFHSA. Esta divulgación de información vence un año después de la fecha en que firmo en la página 2, a menos que la cancele por escrito antes de esa fecha.

Opción 2: Presentaré una copia firmada de la(s) declaración(es) de impuestos federales más reciente(s) de todos los miembros de mi hogar que perciban ingresos.

Por favor, presente todas las páginas de su Declaración de Impuestos.

Opción 3: Presentaré otra documentación sobre los ingresos de cada miembro de mi hogar con ingresos de los que no se disponga una declaración de impuestos federales.

Por cada miembro de su hogar que perciba ingresos, deberá proporcionar lo siguiente en la página 3:

- Nombre completo del miembro del hogar
- Ingresos brutos anuales procedentes de todas las fuentes
- Indique la documentación sobre los ingresos presentada

La documentación sobre los ingresos puede incluir:

- 2 talones de cheques de pago consecutivos
- 2 copias consecutivas de los cheques de Seguro Social
- 2 copias consecutivas de los cheques de SSI
- Formularios W-2
- Carta de verificación de beneficios del Seguro Social
- *Estados de cuenta de beneficios de desempleo*

Sección C: Información Sobre Los Miembros Del Hogar

Número total de personas que viven en mi hogar: _____

Por favor, llene todas las columnas requeridas para cada miembro de su hogar que perciba ingresos. Si necesita líneas adicionales o más espacio, adjunte una hoja aparte.

Requerido para todos los que ganan ingresos		Para las solicitudes que elijan la OPCIÓN 1 (Reciben actualmente beneficios de la SFHSA)			Obligatorio SOLO para solicitantes que utilicen la OPCIÓN 3 (No presentar declaración de impuestos federales)
Enumere a los miembros del hogar, incluido usted mismo	Ingresos anuales procedentes de todas las fuentes	Firmas de los miembros del hogar que perciban ingresos Los padres/tutores legales deben firmar por los menores de 18 años.	Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social	Indique la documentación sobre los ingresos presentada
Jane Doe	\$3,500	<i>Jane Doe</i>	3 de octubre de 1982	6789	1) 2 talones de cheques de pago consecutivos, 2) Formularios W-2
John Doe	\$0	<i>John Doe</i>	16 de abril de 2013	7391	N/A

¿Cómo te describes principalmente a ti mismo? (Seleccione todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Medio Oriente o Norte de África |
| <input type="checkbox"/> Indígena, nativo americano o indio americano | <input type="checkbox"/> Multirracial |
| <input type="checkbox"/> Latino, Latinx o Hispano | <input type="checkbox"/> Otro |

Idioma preferido

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cantonés | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> Mandarín | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Ruso | |

¿Está usted o alguien en su hogar actualmente inscrito en alguno de los siguientes programas?

Su respuesta no afectará su elegibilidad para el programa de descuento. Esta información es sólo para fines de mejora del programa. No se compartirá información personal con ninguna otra organización sin su permiso expreso.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Médico |
| <input type="checkbox"/> CalFresh (BROCHE) | <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> CalWORKS | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Programa de asistencia para adultos del condado (CAAP) | |

¿Hay información adicional que le gustaría proporcionar? Si es así, utilice el espacio a continuación.

No dude en enviarnos comentarios, sugerencias o ideas sobre cómo la SFPUC puede ayudarle mejor.

Sección D: Declaración & Pasos Finales (Requerido)

Con mi firma a continuación, certifico que 1) cumplo con todos los criterios de elegibilidad indicados en la Sección A, 2) que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta, y 3) que he proporcionado la verificación de ingresos y/u ocupación, según se requiera, de todas las personas que viven en la dirección a la que presta servicios mi cuenta de la SFPUC. Acepto notificar inmediatamente a la SFPUC sobre cualquier cambio en mi hogar que afecte la elegibilidad para el descuento. Si no proporciono la información solicitada o recibo el descuento cuando mi hogar no reunía los requisitos, se me dará de baja del programa y podré ser responsable de la devolución del descuento desde el momento en que lo recibí. Comprendo que, tras la inscripción, mi cuenta puede ser seleccionada para una revisión aleatoria y acepto facilitar toda la información solicitada.

Firma del cliente

Marque si es tutor o apoderado.

Fecha

Envíe por correo postal o entregue la solicitud debidamente llenada a:

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