

Solicitud para el 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.

Como parte de los requisitos de nuestro programa, todos los participantes de CAP deben volver a certificar su elegibilidad cada 36 meses. ¿Está usted presentando esta solicitud porque recibió nuestra comunicación para volver a certificar su elegibilidad para el programa CAP? **Sí** **No**

Sección A: Criterios de elegibilidad (obligatorios)

Para solicitar el programa 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 aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
5. Tener una cuenta residencial unifamiliar con un medidor individual. Algunos ejemplos de cuentas que no reúnen los requisitos para recibir los descuentos del CAP incluyen servicio contra incendios, residencial múltiple, cuentas de irrigación, comerciales y de mayoreo.
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:

Número de Integrantes 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 del Alcalde de San Francisco

El **ingreso total del hogar** se define como los ingresos sujetos a impuestos más los ingresos no sujetos a impuestos de TODAS las personas que viven en el domicilio de la cuenta que recibe servicio de SFPUC, e incluye:

- Sueldos y salarios
- Pensiones
- Ingresos brutos del trabajo independiente (formulario 1040 del IRS, Anexo C)
- Manutención infantil o del cónyuge
- Compensación del trabajador
- Beneficios de desempleo
- Pagos por discapacidad o de SSDI
- Seguro Social
- SSI/SSP
- Ingresos por alquiler o regalías
- Indemnización de un seguro o por una demanda legal
- Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, acciones, bonos o cuentas para la jubilación
- Producto de la venta (precio de venta) (formulario 1040 del IRS, Anexo D)
- Ingresos o regalos en efectivo
- Becas y subvenciones

Información básica

Número de cuenta de cliente de SFPUC	Nombre <i>Como aparece en su factura de agua y alcantarillado</i>	
Dirección residencial	Ciudad	Código postal
Teléfono residencial	Dirección de email	

Sección B: Verificación de Ingresos (obligatoria)

Opción 1: Actualmente recibo beneficios de CalWORKs, CalFresh o Medi-Cal de la Agencia de Servicios Humanos de San Francisco (SFHSA) y doy permiso a HSA para compartir mi información de ingresos con SFPUC.

Por cada miembro de su hogar que perciba ingresos, deberá proporcionar lo siguiente:

- Nombre completo del miembro del hogar
- Firma (para los menores, pueden firmar los padres o tutores)
- Fecha de nacimiento
- 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 sobre ingresos limitados 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 pautas federales de pobreza con base en la información que 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.

Información del miembro 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.

Obligatorio para todas las personas que perciben Ingresos		Para los solicitantes que elijan la OPCIÓN 1 (actualmente recibiendo beneficios de SFHSA)		
Enumere a los miembros del hogar con Ingresos, incluido usted mismo	Ingresos anuales procedentes de todas las fuentes	Firmas de los miembros del hogar con Ingresos <i>Los padres/tutores legales deben firmar por los menores de 18 años</i>	Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social
Jane Doe	\$3,500	Jane Doe	3 de octubre de 1982	6789
John Doe	\$0	John Doe	16 de abril de 2013	7391

Sección B: Verificación de Ingresos (obligatoria)

Opción 2: Presentaré una copia firmada de las declaraciones de impuestos federales más recientes de todos los miembros de mi hogar que perciban ingresos.

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

Información del miembro 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.

Obligatorio para todas las personas que perciben Ingresos	
Enumere a los miembros del hogar con ingresos, incluido usted mismo	Ingresos anuales procedentes de todas las fuentes
Jane Doe	\$3,500
John Doe	\$0

Sección B: Verificación de Ingresos (obligatoria)

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

Por cada miembro de su hogar que perciba ingresos, deberá proporcionar lo siguiente:

- 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

* Tenga en cuenta que los documentos de ingresos deben mostrar claramente el nombre(s) del(de los) miembro(s) del hogar.

Información del miembro 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.

Obligatorio para todos los que perciben Ingresos		Obligatorio SOLO para los solicitantes que usen la OPCIÓN 3 (No presentan la declaración de impuestos federales)
Enumere a los miembros del hogar con Ingresos, incluido usted mismo	Ingresos anuales procedentes de todas las fuentes	Indique la documentación sobre los Ingresos presentada
Jane Doe	\$3,500	1) 2 talones de cheques de pago consecutivos 2) Formularios W-2
John Doe	\$0	N/A

¿Cómo se describiría a usted mismo principalmente? (seleccione una opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente o del Norte de África |
| <input type="checkbox"/> Indígena, nativo americano o indio americano | <input type="checkbox"/> Multirracial |
| <input type="checkbox"/> Latino, Latinx o de otro origen hispano | <input type="checkbox"/> Otro |

Idioma de preferencia (elija una opción)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <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"/> Chino mandarín | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Ruso | |

¿Cómo se enteró de nuestro programa? (Seleccione todas las opciones que correspondan) con las siguientes opciones:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Publicidad en periódicos o radio | <input type="checkbox"/> Otros medios de prensa o comunicación |
| <input type="checkbox"/> Redes sociales | <input type="checkbox"/> Boca a boca |
| <input type="checkbox"/> Materiales enviados con mi factura | <input type="checkbox"/> Google |
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria o sin fines de lucro | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Página web de la SFPUC | <input type="checkbox"/> Otro |

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

Su respuesta no afectará su elegibilidad para este programa de descuentos. Esta información solo se pide con el fin de mejorar el programa. No se compartirá ninguna información personal con ninguna otra organización sin su permiso expreso.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> MediCal |
| <input type="checkbox"/> CalFresh (SNAP) | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs | <input type="checkbox"/> Otra opción |
| <input type="checkbox"/> Programas de Asistencia para Adultos del Condado (CAAP) | |

¿Hay alguna información adicional que quiera proporcionar? Si es así, utilice el siguiente espacio.

No dude en darnos sus comentarios, opiniones e ideas sobre cómo la SFPUC puede ayudarlo mejor.

Sección C: Declaración y pasos finales (obligatorios)

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 requiere, 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 si recibí 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 que se me solicite. **En caso de aprobación, los clientes recibirán descuentos a partir del primer ciclo de facturación completo tras la aprobación de su solicitud. Por favor, espere de 3 a 4 semanas para que se procese su solicitud. Si su solicitud para el Programa de Asistencia al Cliente (CAP) es rechazada, usted debe esperar tres (3) meses desde la fecha de rechazo antes de presentar una nueva solicitud.**

Firma del cliente

Marque aquí si es tutor o apoderado

Fecha

Para evitar retrasos o rechazos adicionales, asegúrese de que su solicitud se presente con documentación de ingresos completa y precisa para todos los miembros del hogar. Se podrán rechazar las solicitudes que se presenten sin la documentación requerida.

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

Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros escribiendo a: CAP@sfgwater.org