

Заявление на участие в программе помощи потребителям (Customer Assistance Program), для БЫТОВЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ — одной семьи

В рамках программы помощи потребителям (Customer Assistance Program, CAP) от SFPUC предоставляется скидка 25% или 40% на оплату счетов за водоснабжение и канализацию для потребителей, соответствующих критериям и имеющих низкий доход.

По требованиям нашей программы все участники CAP должны повторно подтверждать соответствие критериям каждые 36 месяцев. Вы подаете эту заявку потому, что получили от нас запрос о необходимости повторно подтвердить соответствие критериям программы CAP? Да Нет

Раздел А: Критерии соответствия (требуемые)

Чтобы подать заявку на участие в программе CAP, вы должны соответствовать следующим критериям:

1. У вас только один лицевой счет потребителя услуг водоснабжения и канализации SFPUC.
2. Счет за водоснабжение и канализацию приходит на ваше имя.
3. Вы постоянно проживаете по адресу, на который будет оформлена скидка.
4. Вы не указаны как иждивенец в налоговой декларации другого лица.
5. У вас один лицевой счет для бытовых потребителей на одну семью с индивидуальным счетчиком. Примеры лицевых счетов, не подпадающих под действие программы CAP: пожарная служба, бытовые потребители, использующие один счетчик на несколько домохозяйств, лицевые счета для полива, коммерческие счета, оптовые счета.
6. Совокупный общий доход вашего домохозяйства до налогов и вычетов не превышает приведенных ниже рекомендаций программы по доходу. Обратитесь к таблице ниже, чтобы узнать, соответствует ли ваше домохозяйство требованиям:

Размер домохозяйства	Годовой доход домохозяйства (скидка 40%)	Годовой доход домохозяйства (скидка 25%)
1 человек	32 750 долл.	54 550 долл.
2 человека	37 400 долл.	62 350 долл.
3 человека	42 100 долл.	70 150 долл.
4 человека	46 750 долл.	77 950 долл.

Средний доход в районе Сан-Франциско в 2025 г., управление мэрии г. Сан-Франциско по жилищному строительству и общественному развитию

Общий доход домохозяйства определяется как совокупный доход ВСЕХ лиц (независимо от того, подлежит ли такой доход налогообложению), проживающих по адресу, к которому относится лицевой счет SFPUC, включая:

- заработную плату (оклад или почасовую),
- пенсию,
- доход от самозанятости до вычета налогов (форма IRS 1040 Schedule C),
- алименты на ребенка или супруга/супругу,
- страхование от несчастного случая на производстве,
- пособие по безработице,
- выплаты по инвалидности или SSDI,
- пособие по социальному обеспечению,
- SSI/SSP,
- доход от аренды или роялти,
- страховые выплаты или выплаты по решению суда,
- проценты или дивиденды со сберегательных счетов, акций, облигаций или пенсионных счетов,
- выручка от продажи (форма IRS 1040, Schedule D),
- доход или подарки наличными,
- стипендии или гранты на образование.

Основная информация

Номер лицевого счета потребителя услуг SFPUC	Имя и фамилия <i>Как указано на вашем счете за водоснабжение и канализацию</i>	
Домашний адрес	Город	Почтовый индекс
Номер домашнего телефона	Адрес электронной почты	

Вариант 1: В настоящее время я получаю льготы по программам CalWORKs, CalFresh или Medi-Cal от Агентства социальных служб Сан-Франциско (SFHSA) и разрешаю HSA предоставить SFPUC информацию о моем доходе.

Для каждого члена вашего домохозяйства, получающего доход, необходимо указать следующее:

- имя и фамилию члена домохозяйства,
- подпись (вместо несовершеннолетних подпись может поставить родитель/опекун),
- дату рождения,
- последние четыре цифры номера социального страхования.

Если для какого-либо члена(-ов) домохозяйства, получающего доход, недоступна какая-либо информация, указанная выше, для подтверждения их дохода используйте вариант 2 или 3 ниже.

Выбирая вариант 1, я разрешаю SFHSA передавать SFPUC ограниченную информацию о доходах домохозяйства. Я понимаю, что база данных SFHSA может показать только мои имя и фамилию, мой адрес и то, попадает ли мой семейный доход в определенные процентные рамки федеральных норм бедности, на основании информации, которую я предоставил(а) SFHSA. Срок действия данного разрешения на передачу информации истекает через один год с даты подписания на странице 2, если я до этого не аннулирую его в письменной форме.

Информация о члене домохозяйства

Общее количество человек, проживающих в моем домохозяйстве: _____

Заполните все требуемые столбцы для каждого из членов вашего домохозяйства, получающего доход. Если вам нужны дополнительные строки или больше места, прикрепите отдельный лист.

Требуется для всех лиц, получающих доход		Для заявлений по ВАРИАНТУ 1 (в настоящее время получает льготы SFHSA)		
Перечень членов домохозяйства, получающих доход, включая вас	Годовой доход из всех источников	Подписи членов домохозяйства, получающих доход. Родители/законные опекуны должны подписываться за всех несовершеннолетних (до 18 лет)	Дата рождения	Последние 4 цифры номера социального страхования
Jane Doe	3500 дол.	Jane Doe	3 октября 1982 г.	6789
John Doe	0 дол.	John Doe	16 апреля 2013 г.	7391

РАЗДЕЛ В: Проверка дохода (требуется)

- Вариант 2:** Я предоставлю подписанную копию последней федеральной налоговой декларации(-ий) для всех членов моего домохозяйства, получающих доход.

Предоставьте все страницы своей налоговой декларации.

Информация о члене домохозяйства

Общее количество человек, проживающих в моем домохозяйстве: _____

Заполните все требуемые столбцы для каждого из членов вашего домохозяйства, получающего доход. Если вам нужны дополнительные строки или больше места, прикрепите отдельный лист.

Требуется для всех лиц, получающих доход	
Перечень членов домохозяйства, получающих доход, включая вас	Годовой доход из всех источников
Jane Doe	3500 дол.
John Doe	0 дол.

Как вы себя можете описать? (выберите один вариант)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Уроженец Азии | <input type="checkbox"/> Представитель коренных народов Гавайских или других островов Тихого океана |
| <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец | <input type="checkbox"/> Белый |
| <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Уроженец Ближнего Востока или Северной Африки |
| <input type="checkbox"/> Представитель коренных народов США или американский индеец | <input type="checkbox"/> Несколько рас |
| <input type="checkbox"/> Латиноамериканец или испаноязычный | <input type="checkbox"/> Другое |

Предпочитаемый язык (укажите один вариант)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Кантонский диалект | <input type="checkbox"/> Самоанский |
| <input type="checkbox"/> Английский | <input type="checkbox"/> Испанский |
| <input type="checkbox"/> Филиппинский | <input type="checkbox"/> Вьетнамский |
| <input type="checkbox"/> Японский | <input type="checkbox"/> Арабский |
| <input type="checkbox"/> Мандаринский диалект | <input type="checkbox"/> Другой |
| <input type="checkbox"/> Русский | |

Как вы узнали о программе? (укажите все подходящие варианты):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Объявление в газете или по радио | <input type="checkbox"/> Другие средства массовой информации |
| <input type="checkbox"/> Социальные сети | <input type="checkbox"/> Рекомендация друзей или знакомых |
| <input type="checkbox"/> Материалы, направляемые мне вместе со счетом | <input type="checkbox"/> Google |
| <input type="checkbox"/> Общественная или некоммерческая организация | <input type="checkbox"/> Электронная почта |
| <input type="checkbox"/> Сайт SFPUC | <input type="checkbox"/> Другое |

Участвуете ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства в настоящее время в какой-либо из следующих программ?

Ваш ответ не повлияет на ваше право на участие в этой программе скидок. Информация предназначена только для усовершенствования программы. Никакая личная информация не будет передаваться каким-либо другим организациям без вашего явного разрешения.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> MediCal |
| <input type="checkbox"/> CalFresh (SNAP) | <input type="checkbox"/> Дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI) |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs | <input type="checkbox"/> Другая |
| <input type="checkbox"/> Окружные программы помощи взрослым (County Adult Assistance Programs, CAAP) | |

Хотите предоставить дополнительную информацию? Укажите ее в поле ниже.

Предоставьте комментарии, отзывы или идеи о том, какую поддержку может оказать вам SFPUC.

Раздел С: Заявление и заключительные действия (требуется)

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что 1) я отвечаю всем критериям, перечисленным в Разделе А, 2) что информация, предоставленная мной в этом заявлении, верна и правильна и 3) что я предоставил(-а) подтверждение дохода и/или занятости, как требуется для всех лиц, проживающих по адресу моего лицевого счета SFPUC. Я согласен(-на) немедленно уведомлять SFPUC о любых изменениях, касающихся моего домохозяйства, которые влияют на мое право получать скидку. Если я не предоставлю запрошенную информацию или получу скидку, на которую мое домохозяйство не имело права, я буду исключен(-а) из программы и возможно буду нести ответственность за возврат скидки с момента ее получения. Я понимаю, что после зачисления мой лицевой счет может быть выбран для случайной проверки, и согласен(-а) предоставить любую запрошенную информацию. **В случае одобрения заявки, клиенты будут получать скидку, начиная с первого полного расчетного периода после одобрения. Нам потребуется 3–4 недели на обработку вашей заявки. Если ваша заявка на участие в программе помощи потребителям (CAP) будет отклонена, вы сможете подать новую заявку только по истечении трех (3) месяцев со дня отказа.**

Подпись клиента Отметьте, если являетесь опекуном или выступаете по доверенности Дата

Во избежание задержек или повторных отказов просим убедиться, что ваша заявка подана с полным и достоверным подтверждением доходов всех членов домохозяйства. Заявления, поданные без необходимых документов, могут быть отклонены.

Отправьте по почте или принесите заполненное заявление по адресу: San Francisco Water, Power, and Sewer Customer Services, Attention: CAP Program, 525 Golden Gate Avenue, 2nd Floor, San Francisco, CA 94102

Если у вас есть вопросы, свяжитесь с нами по адресу: CAP@sfgwater.org