

# Aplikasyon sa Programa ng Tulong sa Customer para sa Mga RESIDENSYAL na Single-Family na Customer

Ang Programa ng Tulong sa Customer ng SFPUC (Customer Assistance Program, CAP) ay nagbibigay ng 25% o 40% diskuwento sa mga bill sa tubig at sewer para sa mga kuwalipikadong customer na may mabababang kita.

**Bilang bahagi ng mga kinakailangan sa aming programa, kailangang i-certify ulit ng lahat ng kalahok sa CAP ang kanilang pagiging kuwalipikado kada 36 na buwan. Isinusumite ba ninyo ang aplikasyon na ito dahil natanggap ninyo ang aming komunikasyon para i-certify ulit ang inyong pagiging kuwalipikado para sa programang CAP?**      **Oo**      **Hindi**

## Seksyon A: Mga Pamantayan para Maging Kuwalipikado (Kinakailangan)

Para mag-apply para sa CAP, dapat ninyong matugunan ang mga sumusunod na pamantayan:

1. May iisa lang kayong service account para sa tubig at sewer sa SFPUC.
2. Nakapangalan sa inyo ang inyong bill sa tubig at sewer.
3. Full-time na residente kayo sa address kung saan matatanggap ang diskuwento.
4. Hindi kayo idineklarang dependent sa tax return ng ibang tao.
5. Mayroon kayong isang residensyal na single-family account na nakahiwalay ang metro. Kasama sa mga halimbawa ng mga account na hindi kuwalipikado sa CAP ang mga account para sa serbisyo sa sunog, multiple na residensyal, irigasyon, komersyal, at wholesale.
6. Hindi lalampas ang kabuuang pinagsamang gross na kita ng sambahayan ninyo sa mga alituntunin ng programa sa kita. Tingnan ang talahanayan sa ibaba kung kuwalipikado ang inyong sambahayan:

Laki ng Sambahayan	Taunang Kita ng Sambahayan (40% Diskuwento)	Taunang Kita ng Sambahayan (25% Diskuwento)
1 Tao	\$32,750	\$54,550
2 Tao	\$37,400	\$62,350
3 Tao	\$42,100	\$70,150
4 na Tao	\$46,750	\$77,950

Area Median Income sa San Francisco para sa 2025, Opisina para sa Pabahay at Pagpapaunlad ng Komunidad ng Mayor ng San Francisco

Ang **Kabuuang kita ng sambahayan** ay ang pinagsamang nabubuwisan at hindi nabubuwisang kita ng LAHAT ng taong nakatira sa address na sineserbisuhan ng SFPUC account, kabilang ang:

- Mga sahod o suweldo
- Mga pensyon
- Gross na kita mula sa self-employment (IRS Form 1040 Schedule C)
- Suportang para sa anak o galing sa asawa
- Kompensasyon ng manggagawa
- Mga benepisyo para sa kawalan ng trabaho
- Mga ayuda sa may kapansanan o SSDI
- Social Security
- SSI/SSP
- Kita mula sa upa o royalty
- Insurance o mga legal na kabayaran
- Interes o mga dividend mula sa mga savings account, stock, bond, o retirement account
- Proceeds-sales price (IRS Form 1040 Schedule D)
- Cash income o mga regalo
- Mga scholarship at grant

### Pangunahing Impormasyon

<b>SFPUC Customer Account Number</b>	<b>Pangalan</b> <i>Gaya ng ipinapakita sa inyong bill sa tubig at sewer</i>	
<b>Address ng Bahay</b>	<b>Lungsod</b>	<b>Zip Code</b>
<b>Telepono ng Bahay</b>	<b>Email Address</b>	

## Seksyon B: Beripikasyon ng Kita (Kinakallangan)

- Opsyon 1:** Kasalukuyan akong tumatanggap ng mga benepisyong ng CalWORKs, CalFresh, o Medi-Cal mula sa San Francisco Human Services Agency (SFHSA) at nagbibigay ako ng pahintulot na ibahagi ng HSA ang impormasyon ng aking kita sa SFPUC.

Para sa bawat kumikitang miyembro ng inyong sambahayan, dapat sagutan ang mga sumusunod:

- Buong pangalan ng miyembro ng sambahayan
- Lagda (para sa mga menor de edad, maaaring lumagda ang magulang/tagapangalaga)
- Petsa ng kapanganakan
- Huling apat na numero ng Social Security Number

Kung hindi available ang alinman sa impormasyong nasa itaas para sa sinumang kumikitang miyembro ng sambahayan, gamitin ang Opsyon 2 o 3 gaya ng nakalista sa ibaba para beripikahin ang kanilang kita.

*Sa pamamagitan ng pagpili sa Opsyon 1, nagbibigay ako ng pahintulot sa SFHSA na magbahagi ng limitadong impormasyon sa kita ng sambahayan sa SFPUC. Nauunawaan ko na maaari lamang ipakita ng database ng SFHSA ang aking pangalan, aking address, at kung nabibilang ang kita ng aking sambahayan sa ilang partikular na porsyento ng mga pederal na alituntunin sa kahirapan batay sa impormasyong ibinigay ko sa SFHSA. Ang pagbibigay ng impormasyong ito ay mag-e-expire isang taon mula sa petsa kung kailan ko nilagdaan ang pahina 2 maliban kung kakanselahin ko ito sa pamamagitan ng pagsulat bago iyon.*

## Impormasyon ng Miyembro ng Sambahayan

Kabuuang Bilang ng mga Taong Nakatira sa Aking Sambahayan: \_\_\_\_\_

Mangyaring kumpletuhin ang lahat ng kinakailangang column para sa bawat kumikitang miyembro ng inyong sambahayan. Kung kailangan ninyo ng karagdagang linya o espasyo, maglakip ng isa pang pahina.

Kinakallangan para sa Lahat ng Kumikita		Para sa mga Aplikasyong pinipili ang OPSYON 1 (Kasalukuyang Tumatanggap ng mga Benepisyong ng SFHSA)		
Ilستا ang mga Kumikitang Miyembro ng Sambahayan, Kabilang ang Sarili	Taunang Kita mula sa Lahat ng Pinagkukunan	Mga Lagda ng mga Kumikitang Miyembro ng Sambahayan Dapat lumagda ang mga Magulang/Legal na Tagapangalaga para sa sinumang menor de edad (wala pang 18)	Petsa ng Kapanganakan	Hullng 4 na Numero ng Social Security Number
Maria dela Cruz	\$3,500	Maria dela Cruz	10/3/1982	6789
Juan dela Cruz	\$0	Juan dela Cruz	4/16/2013	7391

## Seksyon B: Beripikasyon ng Kita (Kinakallangan)

- Opsyon 2:** Magsusumite ako ng nilagdaang kopya ng (mga) pinakabagong federal tax return para sa lahat ng kumikitang miyembro ng aking sambahayan.

Mangyaring isumite ang lahat ng pahina ng inyong Tax Return.

### Impormasyon ng Miyembro ng Sambahayan

Kabuuang Bilang ng mga Taong Nakatira sa Aking Sambahayan: \_\_\_\_\_

Mangyaring kumpletuhin ang lahat ng kinakailangang column para sa bawat kumikitang miyembro ng inyong sambahayan. Kung kailangan ninyo ng karagdagang linya o espasyo, maglakip ng isa pang pahina.

Kinakallangan para sa Lahat ng Kumikita	
Ilista ang mga Kumikitang Miyembro ng Sambahayan, Kabilang ang Sarili	Taunang Kita mula sa Lahat ng Pinagkukunan
<i>Maria dela Cruz</i>	\$3,500
<i>Juan dela Cruz</i>	\$0

## Seksyon B: Beripikasyon ng Kita (Kinakallangan)

**Opsyon 3:** Magsusumite ako ng iba pang dokumentasyon ng kita para sa bawat kumikitang miyembro ng aking sambahayan na walang maibigay na federal tax return.

Para sa bawat kumikitang miyembro ng inyong sambahayan, dapat sagutan ang mga sumusunod:

- Buong pangalan ng miyembro ng sambahayan
- Gross na taunang kita mula sa lahat ng pinagkukunan
- Ilista ang isinuniteng dokumentasyon ng kita

Maaaring kabilang sa Dokumentasyon ng Kita ang:

- 2 magkasunod na payslip
- 2 magkasunod na kopya ng mga tseke ng Social Security
- 2 magkasunod na kopya ng mga tseke ng SSI
- Mga W-2 form
- Liham ng Beripikasyon sa Benepisyo ng Social Security
- Pahayag ng mga benepisyo para sa kawalan ng trabaho

\* Mangyaring tandaan na dapat na malinaw na ipinapakita ng mga dokumento ng kita ang (mga) pangalan ng (mga) miyembro.

## Impormasyon ng Miyembro ng Sambahayan

Kabuuang Bilang ng mga Taong Nakatira sa Aking Sambahayan: \_\_\_\_\_

Mangyaring kumpletuhin ang lahat ng kinakailangang column para sa bawat kumikitang miyembro ng inyong sambahayan. Kung kailangan ninyo ng karagdagang linya o espasyo, maglakip ng isa pang pahina.

Kinakallangan para sa Lahat ng Kumikita		Kinakallangan para LAMANG sa mga Apilkanteng Gumagamit ng OPSYON 3 (Hindi Nagsusumite ng Federal Tax Return)
Ilista ang mga Kumikitang Miyembro ng Sambahayan, Kabilang ang Sarili	Taunang Kita mula sa Lahat ng Pinagkukunan	Ilista ang Isinuniteng Dokumentasyon ng Kita
Maria dela Cruz	\$3,500	1) 2 magkasunod na payslip 2) Mga W-2 form
Juan dela Cruz	\$0	N/A

**Paano niyo pangunahing lalarawan ang inyong sarili?** (pumili ng isa)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asian                                       | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian o Iba pang Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Black o African American                    | <input type="checkbox"/> White                                       |
| <input type="checkbox"/> Filipino                                    | <input type="checkbox"/> Middle Eastern o North African              |
| <input type="checkbox"/> Katutubo, Native American o American Indian | <input type="checkbox"/> Multi-racial                                |
| <input type="checkbox"/> Latino, Latinx o Hispanic                   | <input type="checkbox"/> Iba pa                                      |

**Pinipiling Wika** (pumili ng isa)

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cantonese | <input type="checkbox"/> Samoan     |
| <input type="checkbox"/> Ingles    | <input type="checkbox"/> Espanyol   |
| <input type="checkbox"/> Filipino  | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Japanese  | <input type="checkbox"/> Arabic     |
| <input type="checkbox"/> Mandarin  | <input type="checkbox"/> Iba pa     |
| <input type="checkbox"/> Russian   |                                     |

**Paano niyo nalaman ang tungkol sa aming programa?** (piliin ang lahat ng naaangkop) gamit ang mga sumusunod na opsyon:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Advertising sa mga diyaryo o radyo  | <input type="checkbox"/> Iba pang Press o Media    |
| <input type="checkbox"/> Social Media  | <input type="checkbox"/> Kuwento mula sa Ibang Tao |
| <input type="checkbox"/> Mga materyales na ipinadala kasama ng aking bill                                  | <input type="checkbox"/> Google                    |
| <input type="checkbox"/> Organisasyon na Nakabase sa Komunidad (Community Based Organization) o Non-profit | <input type="checkbox"/> Email                     |
| <input type="checkbox"/> Website ng SFPUC  | <input type="checkbox"/> Iba pa                    |

**Kayo ba o sinuman sa inyong sambahayan ay kasalukuyang nakatala sa alinman sa mga sumusunod na programa?**

*Hindi maaapektuhan ng inyong sagot ang pagiging kuwalipikado ninyo para sa programa sa diskuwento na ito. Para lamang sa mga layunin ng pagpapahusay sa programa ang impormasyong ito. Walang personal na impormasyong ibabahagi sa anumang organisasyon nang wala ang inyong hayagang pahintulot.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wala                                    | <input type="checkbox"/> MediCal                            |
| <input type="checkbox"/> CalFresh (SNAP)                         | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs                                | <input type="checkbox"/> Iba pa                             |
| <input type="checkbox"/> County Adult Assistance Programs (CAAP) |   |

**Mayroon ba kayong gustong ibigay na karagdagang impormasyon? Kung mayroon, mangyaring gamitin ang espasyo sa ibaba.**

*Huwag mag-atubiling magbigay ng mga komento, feedback, o ideya tungkol sa kung paano kayo pinakamainam na masusuportahan ng SFPUC.*

## Seksyon C: Deklarasyon at Mga Huling Hakbang (Kinakailangan)

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, sine-certify ko na 1) natutugunan ko ang lahat ng pamantayan sa pagiging kuwalipikado na nakalista sa ilalim ng Seksyon A, 2) na totoo at tama ang impormasyong ibinigay ko sa aplikasyong ito, at 3) na nagbigay ako ng beripikasyon ng kita at/o trabaho, ayon sa kinakailangan, para sa lahat ng taong nakatira sa address na sineserbisuhan ng aking SFPUC account. Sumasang-ayon akong abisuhan kaagad ang SFPUC tungkol sa anumang pagbabago sa aking sambahayan na makakaapekto sa pagiging kuwalipikado para sa diskuwento. Kung hindi ko ibibigay ang impormasyong hinihiling o natanggap ko ang diskuwento noong hindi kuwalipikado ang aking sambahayan, aalisin ako sa programa at puwede akong managot sa pagbabayad ng diskuwento simula noong natanggap ang diskuwento. Nauunawaan ko na kasunod ng pagpapatala ko, maaaring piliin ang aking account para sa random na pagsusuri at sumasang-ayon akong ibigay ang anumang hihilinging impormasyon.

**Kung naaprubahan, makakatanggap ng mga diskuwento ang mga customer simula sa unang buong cycle ng blll pagkatapos maaprubahan ang kanilang aplikasyon. Maglaan ng 3 – 4 na linggo para maproseso ang inyong aplikasyon. Kung matanggihan ang inyong aplikasyon para sa Programa ng Tulong sa Customer (Customer Assistance Program, CAP), dapat kayong maghintay nang tatlong (3) buwan mula sa petsa ng pagtanggap bago magsumite ng bagong aplikasyon.**

---

**Lagda ng Customer**

Lagyan ng check kung tagapangalaga o kakayahan ng abugado

**Petsa**

**Para malwasan ang mga pagkaantala o karagdagang pagtanggap, mangyaring tiyaking isumite ang inyong aplikasyon nang may kumpleto at tumpak na dokumentasyon ng kita para sa lahat ng miyembro ng sambahayan. Maaaring tanggihan ang mga aplikasyong isinumite nang wala ang kinakailangang dokumentasyon.**

**Ipadala o i-drop off ang nakumpletong aplikasyon sa:** San Francisco Water, Power, and Sewer, Customer Services, Attention: CAP Program, 525 Golden Gate Avenue, 2nd Floor, San Francisco, CA 94102

**Kung may mga tanong, makipag-ugnayan sa amin sa: [CAP@sfgwater.org](mailto:CAP@sfgwater.org)**