

## 單戶住宅客戶的客戶援助計劃申請

三藩市水利局 (SFPUC) 的客戶援助計劃 (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。

為符合計劃要求，所有客戶援助計劃參與者必須每 36 個月重新認證資格。您提交此申請是因收到我們請您重新認證客戶援助計劃資格的通訊嗎？  是  否

### A 部分：資格條件 ( 必填 )

若要申請客戶援助計劃，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. 您固定的住處是可獲得折扣的地址。
4. 您不是他人報稅單上的被扶養人。
5. 您有一個單戶住宅帳戶，且該帳戶單獨計費。不符合客戶援助計劃資格的帳戶例子包括：消防服務、多戶住宅、灌溉、商用和批發帳戶。
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：

家庭人數	家庭年收入 ( 40% 折 )	家庭年收入 ( 25% 折 )
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 年三藩市區域中位收入 - 三藩市市長住房與社區發展辦公室

家庭收入總額的定義為生活在三藩市水利局帳戶所服務地址的所有人合併應稅和免稅收入的總和，包括：

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

### 基本資料

三藩市水利局客戶帳戶號碼	姓名 <small>如您的水費和排污費帳單所示</small>	
住址	城市	郵遞區號
住家電話	電郵地址	

## B 部分：收入驗證 ( 必填 )

**選項 1**：我目前透過三藩市民眾服務局獲得 CalWORKs、CalFresh 或 Medi-Cal 等福利，並允許民眾服務局與三藩市水利局共享我的收入資訊。

每位有收入的家庭成員皆須填寫下列資訊：

- 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 (SFHSA) 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只可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。

### 家庭成員資訊

住在我家庭的總人數：\_\_\_\_\_

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。

所有有收入成員 必須填寫		所有選擇選項 1 的申請者 ( 目前領取三藩市民眾服務局福利 )		
列出有收入的家庭成員， 包括您自己	包含所有來源 的年收入	有收入家庭成員簽名；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
Jane Doe	\$3,500	Jane Doe	10/3/1982	6789
John Doe	\$0	John Doe	4/16/2013	7391

## B 部分：收入驗證 ( 必填 )

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。

請提交您報稅單的所有頁面。

### 家庭成員資訊

住在我家庭的總人數：\_\_\_\_\_

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。

所有有收入成員 必須填寫	
列出有收入的家庭成員， 包括您自己	包含所有來源的 年收入
Jane Doe	\$3,500
John Doe	\$0

## B 部分：收入驗證（必填）

**選項 3**：對於每位沒有聯邦報稅單的有收入家庭成員，我將提交該家庭成員的其他收入證明文件。

每位有收入的家庭成員皆須填寫下列資訊：

- 家庭成員全名
- 包含所有來源的總年收入
- 列出提交的收入證明文件

收入證明文件可能包括：

- 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 表格
- 社會安全福利證明函
- 失業救濟金對帳單

\* 請注意，收入證明文件必須清晰顯示所屬家庭成員的姓名。

### 家庭成員資訊

住在我家庭的總人數：\_\_\_\_\_

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。

所有有收入家庭成員必須填寫		只有使用選項 3 的申請 人才須填寫 (沒有提交聯邦報稅單)
列出有收入的家庭成員， 包括您自己	包含所有來源 的年收入	列出提交的收入證明文件
Jane Doe	\$3,500	1) 2 張連續的薪資支票存根 2) W-2 表格
John Doe	\$0	不適用

以下哪一項最能形容您？（單選）

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

首選語言（單選）

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 廣東話  | <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"/> 國語   | <input type="checkbox"/> 其他   |
| <input type="checkbox"/> 俄語   |                               |

您如何得知我們的計劃？請從下列選項中選擇所有適用項目：

- |                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 報紙或電台廣告    | <input type="checkbox"/> 其他新聞或媒體 |
| <input type="checkbox"/> 社交媒體       | <input type="checkbox"/> 口耳相傳    |
| <input type="checkbox"/> 隨帳單寄發的資料   | <input type="checkbox"/> Google  |
| <input type="checkbox"/> 社區組織或非營利組織 | <input type="checkbox"/> 電郵      |
| <input type="checkbox"/> 三藩市水利局網頁   | <input type="checkbox"/> 其他      |

您或您家中的任何人目前是否參加以下任何計劃？

*您的回覆不會影響您申請這項折扣計劃的資格。這項資訊僅供改善計劃用途。未經您的明確許可，我們不會向任何其他機構共享您的個人資料。*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 無               | <input type="checkbox"/> MediCal       |
| <input type="checkbox"/> CalFresh (SNAP) | <input type="checkbox"/> 社會安全補助金 (SSI) |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs        | <input type="checkbox"/> 其他            |
| <input type="checkbox"/> 縣成人援助計劃 (CAAP)  |  |

您還想提供其他額外資料嗎？如有，請寫在下面空白地方。

*請就三藩市水利局如何為您提供最佳支援，隨時發表您的評論、回應意見或想法。*

### C 部分：聲明與最後步驟（必填）

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。**若申請獲准，客戶將在其後第一個完整帳單週期開始享有折扣。我們預計需要 3 至 4 週時間 來處理您的申請。如果您的客戶援助計劃 (CAP) 申請被拒絕，則從申請被拒之日起，您必須等待三 (3) 個月才能提交新的申請。**

客戶簽名

若為監護人或授權者，請在此打勾 日期

為避免延誤或再次被拒，請確保您的申請已附上所有家庭成員完整且準確的收入證明文件。提交時未附上所需文件的申請將被拒絕。

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

如有疑問，請聯絡我們：[CAP@sfgwater.org](mailto:CAP@sfgwater.org)