

Programa De Asistencia Para La Tarifa Del Agua De San Jose Water Company

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

La Comisión de Servicios Públicos de California autorizó a San Jose Water Company a implementar un Programa de Asistencia para la Tarifa del Agua (WRAP) para reducir los efectos de las tarifas de agua en las familias de bajos ingresos. El Programa WRAP de San Jose Water Company brinda un 15% de descuento en el total a pagar de la factura del agua a aquellos clientes que reúnan los requisitos del programa de acuerdo con las mismas pautas de elegibilidad por ingresos que utiliza PG&E en su Programa de descuento CARE.

El programa de San Jose Water Company admite automáticamente a los clientes inscritos en el programa de descuentos CARE de PG&E. Todos los demás clientes pueden acceder mediante el envío de la solicitud. En ella, deben señalar que su familia reúne los requisitos de ingresos que se incluyen en dicha solicitud o que actualmente usted o algún familiar está inscrito en uno de los programas de asistencia pública que se describen en la Sección 2A de dicha solicitud. Es posible que luego de la inscripción deba presentar prueba de elegibilidad. Este programa también está disponible para los clientes que viven en casas rodantes que no tienen medidores. Una vez que reúne los requisitos del programa, el descuento de WRAP entra en vigencia a partir de la fecha en que San Jose Water Company recibió la solicitud. El descuento aparecerá automáticamente en su próxima factura del agua.

Con el fin de financiar este programa, SJWC cobra un recargo mensual de \$1.45 por factura. El recargo aparecerá por separado en la factura del cliente y se aplicará a todos los clientes de SJWC que no participen en el Programa WRAP.

REQUISITOS DEL PROGRAMA

Para obtener el descuento de WRAP, debe reunir los siguientes requisitos:

- La factura de San Jose Water Company debe estar a su nombre o usted debe ser inquilino en un parque de casas rodantes con submedidores.
- Usted no puede constar como dependiente de otra persona en la declaración de impuestos de dicha persona.
- Debe presentar una solicitud nueva cada vez que se mude.
- Debe renovar su solicitud cada dos años, o antes, si así se requiere.
- Debe a San Jose Water Company en un plazo de 30 días si ya no reúne los requisitos del Programa WRAP.
- El total de los ingresos brutos anuales de todas las personas que viven en su hogar no puede exceder los siguientes límites:

LÍMITES DE INGRESOS DEL PROGRAMA WRAP (2020-2021)

TAMAÑO DE LA FAMILIA	TOTAL DE INGRESOS BRUTOS ANUALES
1-2 Personas	\$34,480
3 Personas	\$43,920
4 Personas	\$53,000
5 Personas	\$62,080
6 Personas	\$71,160
7 Personas	\$80,240
8 Personas	\$89,320
Cada persona adicional	\$ 9,080

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA WRAP

Si usted reúne los requisitos y desea participar en el Programa de Asistencia para la Tarifa del Agua de San Jose Water Company, llene la solicitud adjunta y envíe los documentos de verificación de sus ingresos solicitados a:

Atención al cliente

Programa de Asistencia para la Tarifa de Agua
San Jose Water Company
110 W. Taylor Street
San Jose, CA 95110-9903

HABLA ESPANOL!!!!!!

FORMULARIO N.º 23

Aviso Y Solicitud Para El Programa De Asistencia Para La Tarifa Del Agua (WRAP)

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA LA TARIFA DEL AGUA DE SAN JOSE WATER COMPANY CLIENTE RESIDENCIAL PRINCIPAL
(Escriba a máquina o en letra imprenta)

1

Soy el cliente residencial principal de San Jose Water Company.
(La solicitud debe hacerse a nombre del titular de la cuenta)

Su nombre como figura en la cuenta de San Jose Water Company

Dirección en la que recibe el servicio de agua

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de cuenta de San Jose Water Company (10 dígitos)

N.º de teléfono (particular): _____ (work): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Cantidad de personas
que viven en su casa:

	+		=	
Adultos		niños menores de 18 años		TOTAL

2A

Elegibilidad para el Programa de Asistencia Pública

MARQUE todos los programas en los que participa y luego DIRÍJASE A la sección 3

- Medicaid/Medi-Cal (menor de 65 años)
- Medicaid/Medi-Cal (65 años o más)
- Ingreso de Seguro Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
- Cupones para alimentos/Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés)
- Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés)
- Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)
- Healthy Families A & B
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o TANF tribal
- Almuerzos GRATIS del Programa Nacional de Almuerzos Escolares
- Oficina de Asistencia General para Asuntos de los Indígenas
- Reúne los requisitos para Head Start (sólo Tribal)

Si no participa en ninguno de los programas anteriores, DIRÍJASE A la sección 2B

2B

Elegibilidad por ingresos familiares

MARQUE todas las fuentes de ingresos familiares. Será inscripto en el Programa de Asistencia para la Tarifa del Agua (WRAP, por sus siglas en inglés) según el tamaño de su familia y sus ingresos.

- Pensiones
- Seguro social
- SSP, SSDI
- Intereses/dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos o cuentas de jubilación
- Sueldos y/o ganancias obtenidas de un trabajo independiente
- Ingresos de rentas o por regalías
- Subsidios de desempleo
- Indemnizaciones laborales o por discapacidad
- Becas, ayuda económica u otra ayuda para gastos de manutención
- Seguro o acuerdos legales
- Pensión alimenticia para hijos o cónyuge
- Pagos en efectivo y/u otros ingresos

Total de Ingresos Familiares Anuales

\$,			
----	--	--	---	--	--	--

3

Declaración (lea y firme)

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto presentar pruebas de los ingresos si se solicitan. Acepto informar a San Jose Water Company si ya no califico para recibir el descuento. Entiendo que si recibo el descuento para el que no califico, tendré que pagar el descuento que recibí. Entiendo que San Jose Water Company puede compartir mi información con otras empresas de servicios o con sus representantes para inscribirme en sus programas de asistencia.

X _____

Firma del cliente

Fecha