

## Solicitud para el Programa de Asistencia a la Comunidad

CLIENTES DEL SERVICIO ELÉCTRICO DE LA SFPUC EN HOGARES RESIDENCIALES DE UNA FAMILIA

El Programa de Asistencia a la Comunidad (CAP, por sus siglas en inglés) para el servicio eléctrico de la Comisión de Servicios Públicos de San Francisco (SFPUC) ayuda a los clientes residenciales de solo una familia a pagar sus facturas de electricidad. Los clientes elegibles recibirán el programa R-2 de servicio residencial para bajos ingresos de la SFPUC.

### SECCIÓN A: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD (OBLIGATORIO)

Para **solicitar** el CAP, debe cumplir con los siguientes criterios:

- La factura de electricidad debe estar a su nombre.
- Usted debe ser residente de tiempo completo en la dirección en donde se recibirá el descuento.
- Usted debe tener solamente una cuenta de servicio eléctrico de la SFPUC.
- Usted no debe figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- El total combinado de ingresos en bruto de su hogar no debe superar las cantidades de ingresos que se muestran en la tabla de la derecha.
- El solicitante debe renovar la solicitud cada tres años.

### PAUTAS DE INGRESOS DEL PROGRAMA CAP

En vigencia desde el 1 de julio de 2019

| Cantidad de personas en la vivienda | Total de los ingresos brutos anuales |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 o 2                               | \$34,480                             |
| 3                                   | \$43,440                             |
| 4                                   | \$52,400                             |
| 5                                   | \$61,960                             |
| Por cada persona adicional, agregar | \$8,960                              |

El **ingreso total del hogar** se define como el ingreso combinado sujeto y no sujeto a impuestos de **TODAS** las personas que vivan en la dirección atendida por la cuenta de la SFPUC, que incluye:

- |   |                                 |  |
|---|---------------------------------|--|
| • Sueldos o salarios  | • Pagos por discapacidad o SSDI | • Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, acciones, bonos o cuentas de jubilación |
| • Pensiones   | • Seguro Social                 | • Ganancias-precio de venta (formulario de IRS 1040 D)                                 |
| • Ingresos brutos del empleo por cuenta propia (Formulario de IRS 1040 C) | • SSI/SSP                       | • Ingresos de dinero en efectivo o regalos   |
| • Manutención infantil o de cónyuge                                       | • Ingresos por renta o regalías |  |
| • Compensación al trabajador  | • Pagos de seguros o legales    |  |
| • Beneficios por desempleo  | • Becas y subsidios             |  |

### INFORMACIÓN BÁSICA

Número de cuenta del cliente de SFPUC

Nombre (como aparece en su factura de electricidad)

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

**SECTION B: VERIFICACIÓN DE INGRESOS (OBLIGATORIO)**

Seleccione **una** de las siguientes opciones:

- OPCIÓN 1: ACTUALMENTE RECIBO BENEFICIOS DE CALWORKS, CALFRESH O MEDI-CAL DE PARTE DE LA AGENCIA DE SERVICIOS HUMANOS DE SAN FRANCISCO (SFHSA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y DOY PERMISO PARA QUE LA SFHSA COMPARTA MI INFORMACIÓN DE INGRESOS**

Para cada miembro del hogar, deberá completar la siguiente información en la **página 3**:

- Nombre completo del miembro del hogar.
- Firma (para los menores de edad, los padres/tutores legales pueden firmar).
- Fecha de nacimiento.
- Últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social.

Si no tiene esta información de un miembro del hogar, use las opciones 2 o 3 que aparecen a continuación para verificar sus ingresos y que residen en el hogar.

Al seleccionar la Opción 1 doy permiso a la SFHSA para que comparta información limitada sobre mis ingresos con SFPUC por cada miembro de mi hogar que obtenga ingresos. Mi información se compartirá solamente según sea necesario para determinar si reúno o no los requisitos para el Programa de Asistencia a la Comunidad de SFPUC Power. Comprendo que esta base de datos solamente puede mostrar mi nombre, mi dirección y si los ingresos de mi hogar están dentro de determinados porcentajes de los límites federales de pobreza, según la información que he presentado anteriormente a la SFHSA. Esta divulgación de información se vence un año después de la fecha en la que firmo en la página 2 a menos que la cancele por escrito antes.

- OPCIÓN 2: PRESENTARÉ UNA COPIA FIRMADA DE LAS DECLARACIONES FEDERALES DE IMPUESTOS MÁS RECIENTES DE TODOS LOS MIEMBROS DE MI HOGAR QUE TIENEN INGRESOS.**

Escriba el nombre de todos los miembros del hogar en la **página 3**. No tiene que llenar las otras columnas.

Presente todas las páginas de la declaración de impuestos. Todos los miembros del hogar sin ingresos deben mencionarse como dependientes en la declaración federal de impuestos de otro miembro de la vivienda; de no ser así, envíe los documentos requeridos que se especifican en la Opción 3.

- OPCIÓN 3: ENVIARÉ LA DOCUMENTACIÓN QUE VERIFICA LOS INGRESOS DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR Y DOCUMENTACIÓN QUE VERIFICA QUE RESIDEN EN EL HOGAR PORQUE MI DECLARACIÓN FEDERAL DE IMPUESTOS NO SE ENCUENTRA DISPONIBLE.**

Para cada miembro del hogar, deberá completar la siguiente información en la **página 3**:

- Nombre completo del miembro del hogar.
- Ingresos anuales brutos de todas las fuentes.
- Lista de los documentos que presenta para verificar los ingresos.
- Lista de los documentos que presenta para verificar que el miembro reside en el hogar.

**Los documentos que verifican los ingresos** pueden ser:

- 2 talones consecutivos de cheques de pago
- 2 copias consecutivas de cheques del Seguro Social
- 2 copias consecutivas de cheques de SSI
- Formularios W-2
- Carta de verificación de beneficios del Seguro Social
- Declaración de beneficios por desempleo

**Los documentos que verifican que el miembro reside en el hogar** pueden ser:

- Facturas recurrentes
- Reportes/saldos bancarios
- Correspondencia que incluya el nombre del miembro del hogar y la dirección del servicio de la factura de la electricidad (p. ej. carta de la escuela)

*Mencione qué documentos está enviando para cada miembro del hogar en la Sección C.*



**SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

Cantidad total de personas que viven en mi hogar: \_\_\_\_\_

Complete **todas** las columnas obligatorias para **cada** miembro de su hogar. Si necesita líneas adicionales o más espacio, agregue una hoja aparte.

| Obligatorio para todos los ocupantes | Para los solicitantes que usen la OPCIÓN 1 (es decir, que actualmente reciban beneficios de la SFHSA)                |                     |  | Obligatorio SOLAMENTE para los solicitantes que usen la OPCIÓN 3 (es decir, que <u>no</u> presenten una declaración de impuestos federales) |   |  |
|--------------------------------------|--|---------------------|--|---|---|--|
|                                      | Firmas de los miembros del hogar<br>Padres/tutores legales deben formar por los menores de edad (menores de 18 años) | Fecha de nacimiento | Últimos 4 dígitos del Número del Seguro Social | Ingreso anual de todas las fuentes  | Enumere la documentación que presenta para verificar los ingresos | Enumere la documentación que presenta para verificar que el miembro reside en el hogar |
| Juana Pérez                          | Juana Pérez  | 10/3/1982           | 6789   | \$3,500   | 1) 2 talones de pago consecutivos, 2) formularios W-2             | Factura de tarjeta de crédito enviada a mi domicilio (adjunto)                         |
| José Pérez                           | José Pérez   | 4/16/2013           | 7391   | \$0   | N/A   | Carta de la escuela enviada a mi domicilio (adjunto)                                   |
|                                      |  |                     |  |   |   |  |
|                                      |  |                     |  |   |   |  |
|                                      |  |                     |  |   |   |  |
|                                      |  |                     |  |   |   |  |
|                                      |  |                     |  |   |   |  |
|                                      |  |                     |  |   |   |  |

**SECTION E: DECLARACIÓN Y PASOS FINALES (OBLIGATORIO)**

Al firmar a continuación, certifico que 1) cumplo con todos los criterios de elegibilidad enumerados en la Sección A, 2) que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta, y 3) que he presentado la documentación solicitada que verifica los ingresos o que el miembro reside en el hogar para todas las personas que viven en la dirección atendida por mi cuenta de la SFPUC. Acepto notificar a la SFPUC de inmediato 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 era elegible, seré eliminado del programa y puedo ser responsable de devolver el descuento desde el momento en que se recibió. Comprendo que después de la inscripción, mi cuenta puede ser seleccionada al azar para una revisión y acepto proporcionar cualquier información solicitada.

X \_\_\_\_\_

Firma del cliente

Marcar si es un tutor o apoderado

CAP-Power-1020-Span

**Envíe la solicitud completada por correo o déjela en:**

San Francisco Water, Power, and Sewer  
Customer Services, A la atención de: SFPUC Power CAP Program  
525 Golden Gate Avenue, 3<sup>rd</sup> Floor, San Francisco, CA 94102

Fecha \_\_\_\_\_