



Application #2: Residential Single-Family Customers Without Proof of Active Participation in a CARE Program

Mail completed application to your local Cal Water Customer Center.

1 CALIFORNIA WATER SERVICE COMPANY CUSTOMER INFORMATION: (please type or print)

Customer Account Number:

(This number is located on the front page of your Cal Water bill)

Grid for Customer Account Number

Name

As it appears on your water bill

Service Address

Do NOT use a P.O. Box

City

CA Zip Code

Mailing Address

If different from the address above

City

CA Zip Code

Daytime Telephone Number

Please include area code

Grid for Daytime Telephone Number

Number of people living in your household

Adults grid

+

Children grid

=

Total grid

Adults

Children

Total

2 HOUSEHOLD INCOME STATEMENT: (please fill in circle next to all sources of your household's annual income)

- Wages or salaries, Interest and/or dividends from, School grants, scholarships or other aid used for living expenses, Insurance settlements, etc.

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME:

Your household's gross annual income may not exceed these LIRA income guidelines:

Table with 6 columns: Number of persons in household (1 or 2, 3, 4, 5, 6) and Total combined annual income (\$31,300, \$36,800, \$44,400, \$52,000, \$59,600). Includes note: Add \$7,600 for each additional household member.

Total Annual Household Income:

\$ [] [] , [] [] [] []

3 DECLARATION: (please read carefully and sign below)

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform California Water Service Company if I no longer qualify to receive the discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received.

X _____ California Water Service Company Customer Signature

Date



Aplicación #2: Clientes de residencias uni-familiares sin prueba de participación activa en un programa CARE

Envíe por correo la solicitud completada a su Centro de Atención al Cliente Cal de su localidad.

1 INFORMACIÓN DEL CLIENTE DE CALIFORNIA WATER SERVICE COMPANY: (escriba o imprima)

Número de Cuenta del cliente:

(Este número se encuentra en la primera página de su factura de Cal Water)

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

Nombre

Como aparece en su factura de agua

Dirección de la casa

NO use un P.O. Box

Ciudad

CA Código postal

Dirección de envío de correo

Si es diferente a la dirección de la casa

Ciudad

CA Código postal

Número de teléfono durante el día

Incluya el código de área

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

Número de personas que viven en su casa

		+			=		
Adultos			Niños			Total	

2 DECLARACIÓN DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR: (llene el círculo que corresponda a cada fuente de ingreso anual de su grupo familiar)

- Sueldos y salarios
- Donaciones escolares, becas y otras ayudas para gastos de subsistencia
- Pensiones
- Intereses y dividendos de:
 - Cuentas de ahorros,
 - Acciones o bonos, o
 - Cuentas de jubilación
- Utilidades como trabajador independiente (Formulario del IRS, form Schedule C, Línea 29)
- Conciliaciones del seguro
- Beneficios de desempleo
- Pagos por incapacidad
- Conciliaciones legales
- Ingresos por rentas y regalías
- Compensación al trabajador
- Seguro Social, SSI, SSP
- TANF (AFDC)
- Estampillas de alimentos
- Pensión para los hijos
- Pensión para el cónyuge
- Dinero en efectivo y otros ingresos

INGRESO MÁXIMO DEL GRUPO FAMILIAR:

Es posible que el ingreso bruto anual de su grupo familiar no exceda estas pautas de ingreso del LIRA:

Número de personas que viven en su casa	1 o 2	3	4	5	6
Ingreso total anual combinado	\$31,300	\$36,800	\$44,400	\$52,000	\$59,600

Añada **\$7,600** por cada persona adicional del grupo familiar

Ingreso total anual del grupo familiar:

\$

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

 ,

--	--	--	--

3 DECLARACIÓN: (por favor lea detenidamente y firme abajo)

Declaro que la información que proporciono en esta solicitud es veraz y correcta. Acepto proporcionar pruebas de mis ingresos, si es necesario. Estoy de acuerdo en informar a California Water Service Company si mi situación cambia y ya no califico para recibir este descuento. Comprendo que si recibo el descuento sin calificar para el mismo, se me podría pedir que devuelva el monto total del descuento recibido.

X

Firma del Cliente de California Water Service Company

Llene el círculo si es un tutor o un representante legal

Fecha