

1. اطلاعات مشتری: (لطفاً با حروف بزرگ و واضح نوشته شود)

شماره حساب EBMUD

نام	()	تلفن	ایمیل
نشانی خانه (از نشانی صندوق پستی استفاده نکنید)	شماره آپارتمان	شهر	زیپ کد
نشانی پستی (اگر متفاوت از نشانی خانه است)	شماره آپارتمان	شهر	زیپ کد

2. تعداد افراد در خانوار: (دستورالعمل های درج شده در پشت فرم درخواست را ببینید.)

3. کل درآمد ناخالص سالانه خانوار: (همه منابع پیش از کسر مالیات.)

4. منابع درآمد خانوار: (دستورالعمل های درج شده در پشت فرم درخواست را ببینید.)

باید همه منابع درآمدی را برای هر شخصی که با خانوار شما زندگی می کند گزارش کنید. همه منابع درآمدی زیر را که اعضای خانوار دریافت می کنند علامت بزنید و مدارک مربوط به هر منبع درآمد را پیوست کنید.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> درآمد حاصل از اجاره یا حق امتیاز | <input type="checkbox"/> غرامت کاری یا از کارافتادگی | <input type="checkbox"/> دستمزد ناخالص و/یا سود ناخالص از خوداشتغالی |
| <input type="checkbox"/> سود/ سود تقسیمی از: پس انداز، سهام، اوراق قرضه، یا حساب های بازنشستگی | <input type="checkbox"/> حقوق بازنشستگی | <input type="checkbox"/> مزایای بیکاری |
| <input type="checkbox"/> بورسیه تحصیلی، کمک هزینه یا سایر کمک ها برای هزینه های زندگی | <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی | <input type="checkbox"/> حق زوج یا حق اولاد |
| <input type="checkbox"/> بیمه یا مصالحه های قانونی | <input type="checkbox"/> SSDI یا SSI/SSP | <input type="checkbox"/> کمک های عمومی، درآمد نقدی و/یا درآمدی دیگر |
| | <input type="checkbox"/> CalWorks یا CalFresh | |

5. اظهارنامه و چک لیست درخواست نامه: (لطفاً سه کادر تأیید را بخوانید و علامت بزنید و سپس امضای خود و تاریخ را درج کنید.)

تحت مجازات سوگند دروغگویی می دهم که اطلاعات ارائه شده در این فرم درخواست درست و صحیح است. الزامات «برنامه کمک به مشتری» (Customer Assistance Program) را خوانده و درک کرده ام و با ارائه مدرک درآمد برای شرکت در این برنامه موافق هستم. موافقت می کنم که هرگونه تغییر در خانوار یا درآمد که می تواند واجد شرایط بودن من برای دریافت کمک را تحت تأثیر قرار دهد به EBMUD اطلاع دهم.

- ← مدرک شناسایی قابل قبولی از متقاضی را اضافه کرده ام.
- ← مدرک قابل قبولی از درآمد ناخالص سالانه خانوار را اضافه کرده ام و پنج رقم اول را از همه شماره های «تأمین اجتماعی» درج شده در آن سند حذف کرده ام.
- ← گواهی می دهم که از نظر مالی قادر به پرداخت کامل قبوض آب خود نیستم.

چگونه از «برنامه کمک به مشتری» EBMUD مطلع شدید؟	<input type="checkbox"/> رسانه های اجتماعی
<input type="checkbox"/> ebmud.com	<input type="checkbox"/> سازمان خدمات اجتماعی
<input type="checkbox"/> پرسنل EBMUD	<input type="checkbox"/> آگهی در روزنامه/بازاریابی
<input type="checkbox"/> سازمان غیرانتفاعی:	<input type="checkbox"/> سایر موارد: _____

امضای متقاضی: _____ تاریخ: _____

6. درخواست نامه تکمیل شده و همه مدارک لازم مربوط به درآمد را

از طریق پست برای ما ارسال کنید: EBMUD, MS #105 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623

یا آن ها را برای ما ایمیل کنید: cap@ebmud.com

یا آن ها را با فکس ارسال کنید: (510) 287-0299

(زمان پردازش عادی 30 روز است. اگر درخواست شما تأیید شود، اعتبار CAP شما در قبض بعدی تان ظاهر می شود).

در قسمت زیر چیزی ننویسید

تاریخ دریافت درخواست	سفارش شده	پردازش کننده درخواست	تاریخ
نظرات			

خلاصه برنامه

«برنامه کمک به مشتری» EBMUD (CAP) برای کمک به مشتریان مسکونی واجد شرایط و کم درآمد در پرداخت قبض آب در نظر گرفته شده است. برای مشتریان واجد شرایط، EBMUD 50% تخفیف برای هزینه دوماه خدمات آب استاندارد و استفاده آب خانوار تا سقف 1050 گالن به ازای هر فرد در ماه ارائه می کند. همچنین CAP 35 درصد تخفیف برای هزینه خدمات فاضلاب و 35% تخفیف برای هزینه جریان ارائه می کند. درآمد خانوار باید با معیارهای تعیین شده در برنامه برای درآمد مطابقت داشته باشد.

شرایط مورد نیاز برنامه

دستورالعمل های درآمد CAP	
تعداد افراد در خانوار	درآمد سالانه خانوار (همه منابع پیش از کسر مالیات)
2-1	62,300 دلار یا کمتر
3	70,100 دلار یا کمتر
4	77,850 دلار یا کمتر
5	84,100 دلار یا کمتر
6	90,350 دلار یا کمتر
مبلغی که با اضافه شدن هر فرد دیگر اضافه میشود:	6,250 دلار

1. قبض EBMUD باید به نام متقاضی صادر شود و محل سکونت متقاضی باید همان نشانی ای باشد که تخفیف برای آن اعمال می شود.

2. حساب مشترک باید حساب مسکونی باشد و باید کنتور آب جداگانه داشته باشد.

(ملک نمی تواند ملک تجاری یا واحد دوبلکس، تربیلکس، فورپلکس یا آپارتمان با یک کنتور باشد.)

3. خانوار شما باید با معیارهای درآمد CAP که در جدول بالا مشخص شده است مطابقت داشته باشد.

4. نمی توانید در اظهارنامه مالیات بر درآمد فرد دیگری به عنوان وابسته (تحت تکفل) ذکر شده باشید (به استثنای اظهارنامه مالیاتی همسر).

5. باید یکی از مدارک شناسایی زیر را برای متقاضی ارسال کنید

(کارت تأمین اجتماعی و گواهی تولد مدرک شناسایی قابل قبول نیستند):

• گواهینامه رانندگی ایالت کالیفرنیا، کد شناسایی در ایالت کالیفرنیا یا گذرنامه ایالات متحده

6. باید درآمد ناخالص سالانه خانوار را با ارسال حداقل یکی از موارد زیر برای هر عضو خانوار که درآمد دارد تأیید کنید (ارسال

مدرک درآمد تعدیل شده و درآمد پس از کسر مالیات پذیرفته نمی شود):

• اظهارنامه مالیاتی سال گذشته (صفحات 1 و 2 از 1040 یا 1040-SR شامل جداول ذی ربط 1، C، و E تکمیل شده در اظهارنامه

• اظهارنامه مزایای تأمین اجتماعی/بازنشستگی

• نامه پاداش SSI/SSP، SSDI، CalWORKS یا CalFresh یا مدرک سپرده ACH

• ته چک(های) اخیر که مبلغ یک ماه از پرداخت را نشان می دهد یا W-2 سال گذشته

• مدرک چاپی که نام، تاریخ فعلی و میزان درآمد شما از «کمک های کانتی» (County Assistance) یا هر منبع درآمد دیگری را نشان

می دهد. برای فهرست کامل گزینه های تأیید درآمد، لطفاً «منابع درآمد خانوار» فهرست شده در صفحه اول را مشاهده کنید.

توجه: برای محافظت از خود، لطفاً پنج رقم اول شماره تأمین اجتماعی و شماره حساب های درج شده را در هر مدرکی که ارسال

می کنید پنهان یا حذف کنید.

7. اگر خانوار شما دیگر واجد شرایط استفاده از CAP نیست، باید به EBMUD اطلاع دهید.

8. ملزم هستید واجد شرایط بودن خود را هر دو سال یکبار تصدیق کنید. پیش از تاریخ خاتمه اعتبار واجد شرایط بودن، یک یادآور تمدید

اعتبار دریافت خواهید نمود. اگر آن اعلان را دریافت نکنید و همچنان واجد شرایط CAP باشید، توصیه می شود مجدداً درخواست نامه

ارسال کنید.

برای اطلاعات بیشتر

به یکی از این روش ها با ما تماس بگیرید: روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا 4:30 عصر، از طریق شماره رایگان 287-0468 (510).

دسترسی به TTY: 763-1035 (510)

وب سایت: www.ebmud.com/CAP

ایمیل: cap@ebmud.com