



Đơn ghi danh Chương trình Hỗ trợ Khách hàng (CAP) dành cho Khách hàng là Cư dân

1. THÔNG TIN KHÁCH HÀNG: (Vui lòng viết in hoa rõ ràng.)

Số Tài khoản EBMUD _____

Tên _____		Điện thoại _____	Email _____
Địa chỉ Nhà riêng (KHÔNG được sử dụng P.O. Box)	Căn hộ số #	Thành phố	Mã số Zip
Địa chỉ Nhận thư (Nếu khác với địa chỉ nhà)	Căn hộ số #	Thành phố	Mã số Zip

2. SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH: (Xem hướng dẫn ở mặt sau của đơn ghi danh.) _____

3. TỔNG THU NHẬP HÀNG NĂM CỦA HỘ GIA ĐÌNH: (Tất cả các nguồn thu nhập trước thuế.) _____

4. CÁC NGUỒN THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH: (Xem hướng dẫn ở mặt sau của đơn ghi danh.)

Quý vị phải báo cáo tất cả các nguồn thu nhập của mỗi người sinh sống trong hộ gia đình này. Đánh dấu tất cả các nguồn thu nhập bên dưới mà các thành viên hộ gia đình nhận được và **gửi kèm tài liệu cho mỗi nguồn thu nhập.**

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tổng tiền lương và/hoặc tổng lợi nhuận từ việc tự kinh doanh | <input type="checkbox"/> Các khoản thanh toán Bồi thường cho Người khuyết tật hoặc Người lao động | <input type="checkbox"/> Thu nhập cho thuê hoặc tiền tác quyền |
| <input type="checkbox"/> Trợ cấp thất nghiệp | <input type="checkbox"/> Tiền lương hưu | <input type="checkbox"/> Tiền lãi/Cổ tức từ: tiết kiệm, cổ phiếu, trái phiếu hoặc tài khoản hưu trí |
| <input type="checkbox"/> Cấp dưỡng Vợ/Chồng hoặc Nuôi Con | <input type="checkbox"/> Số An Sinh Xã Hội | <input type="checkbox"/> Học bổng, trợ cấp hoặc các khoản hỗ trợ khác cho chi phí sinh hoạt |
| <input type="checkbox"/> Chương trình Hỗ trợ Chung, tiền mặt và/hoặc thu nhập khác | <input type="checkbox"/> SSI/SSP hoặc SSDI | <input type="checkbox"/> Bảo hiểm hoặc các khoản tiền thanh toán dàn xếp pháp lý |
| | <input type="checkbox"/> CalFresh hoặc CalWorks | |

5. KHAI BÁO và DANH SÁCH KIỂM TRA ĐƠN GHI DANH: (Vui lòng đọc, đánh dấu vào ba ô, ký tên và ghi ngày tháng.)

Tôi xin chứng nhận, và chấp nhận hình phạt về tội khai man rằng thông tin trong đơn ghi danh này là trung thực và chính xác. Tôi đã đọc và hiểu các yêu cầu của Chương trình Hỗ trợ Khách hàng và đồng ý cung cấp bằng chứng về thu nhập để tham gia. Tôi đồng ý thông báo cho EBMUD về bất kỳ thay đổi nào đối với hộ gia đình hoặc thu nhập của tôi có thể ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ nhận hỗ trợ của tôi.

- Tôi đã gửi kèm một **mẫu định danh được chấp nhận** cho người ghi danh.
- Tôi đã gửi kèm **bảng chứng được chấp nhận về tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình** và xóa bỏ năm chữ số đầu tiên trong bất kỳ số An sinh Xã hội nào trong các tài liệu.
- Tôi chứng thực rằng tôi không đủ khả năng tài chính để thanh toán đầy đủ hóa đơn dịch vụ nước.

Quý vị biết đến Chương trình Hỗ trợ Khách hàng của EBMUD như thế nào?	
<input type="checkbox"/> ebmud.com	<input type="checkbox"/> Mạng truyền thông Xã hội
<input type="checkbox"/> Nhân viên EBMUD	<input type="checkbox"/> Cơ quan Dịch vụ Xã hội
<input type="checkbox"/> Tổ chức Phi Lợi nhuận: _____	<input type="checkbox"/> Quảng cáo trên Báo/Tiếp thị
	<input type="checkbox"/> Khác: _____

Chữ ký của Người ghi danh: _____ Ngày: _____

6. GỬI đơn ghi danh đã hoàn thành và tất cả các giấy tờ chứng minh thu nhập cần thiết:

QUA THƯ BƯU ĐIỆN HOA KỲ tới: EBMUD, MS #105 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623

hoặc QUA EMAIL tới: cap@ebmud.com

hoặc QUA FAX tới: (510) 287-0299

(Thời gian xử lý thông thường là 30 ngày. Nếu đơn ghi danh của quý vị được chấp thuận, tín dụng CAP của quý vị sẽ xuất hiện trên bảng kê hóa đơn tiếp theo của quý vị.)

KHÔNG VIẾT Ở DƯỚI DÒNG NÀY

NGÀY NHẬN	KHUYẾN NGHỊ	NGƯỜI XỬ LÝ ĐƠN	NGÀY
NHẬN XÉT _____			



Đơn ghi danh Chương trình Hỗ trợ Khách hàng (CAP) dành cho Khách hàng là Cư dân

TÓM TẮT CHƯƠNG TRÌNH

Chương trình Hỗ trợ Khách hàng (CAP) của EBMUD sẵn sàng hỗ trợ các khách hàng là cư dân hội đủ điều kiện về thu nhập thanh toán hóa đơn tiền nước của họ. Đối với những khách hàng hội đủ điều kiện, EBMUD sẽ cung cấp một khoản tín dụng 50% cho khoản phí dịch vụ nước tiêu chuẩn mỗi hai tháng một lần và mức sử dụng nước của hộ gia đình, tối đa 1,050 gallon một người mỗi tháng. CAP cũng sẽ cung cấp một khoản tín dụng 35% cho khoản phí dịch vụ xử lý nước thải và khoản tín dụng 35% cho khoản phí lưu thông nước. Các hộ gia đình phải đáp ứng các hướng dẫn về thu nhập trong bản hướng dẫn mà chương trình đã đưa ra.

HƯỚNG DẪN VỀ THU NHẬP CỦA CAP

Số Người trong Hộ gia đình	Thu nhập Hàng năm của Hộ gia đình (tất cả các nguồn thu nhập trước thuế)
1-2	\$62,300 hoặc ít hơn
3	\$70,100 hoặc ít hơn
4	\$77,850 hoặc ít hơn
5	\$84,100 hoặc ít hơn
6	\$90,350 hoặc ít hơn
Với mỗi người thêm vào, cộng thêm:	\$6,250

CÁC YÊU CẦU CỦA CHƯƠNG TRÌNH

- Hóa đơn EBMUD phải đề tên người ghi danh và người ghi danh phải sinh sống tại địa chỉ áp dụng chương trình giảm giá.
- Phải là tài khoản cư dân và có đồng hồ nước riêng.
(*Bất động sản không thể là bất động sản thương mại, nhà hai căn hộ, nhà ba căn hộ, nhà bốn căn hộ hoặc tòa nhà chung cư với một đồng hồ nước duy nhất.*)
- Hộ gia đình của quý vị phải đáp ứng các hướng dẫn về thu nhập CAP trong bảng trên.
- Quý vị không thể được coi là người phụ thuộc trên tờ khai thuế thu nhập của người khác (*không phải vợ/chồng của quý vị*).
- Quý vị phải nộp **một** trong các giấy tờ định danh sau đây cho **người ghi danh** (*Thẻ An sinh Xã hội và giấy khai sinh không được chấp nhận là mẫu định danh*):
 - Giấy phép Lái xe California, ID California hoặc Hộ chiếu Hoa Kỳ
- Quý vị phải **xác minh tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình** bằng cách nộp ít nhất **một** trong những tài liệu sau cho mọi thành viên trong gia đình có thu nhập (*thu nhập đã điều chỉnh và thu nhập ròng trên thuế không được chấp nhận*):
 - Tờ khai thuế năm trước (*trang 1 & 2 của 1040 hoặc 1040-SR*) bao gồm các **Phụ lục 1, C và E** áp dụng đã nộp cùng với tờ khai thuế
 - Báo cáo An sinh Xã hội/trợ cấp hưu trí
 - Thư xác nhận hỗ trợ của SSI/SSP, SSDI, CalWORKS hoặc CalFresh hoặc bằng chứng về khoản gửi ACH
 - (Các) phiếu lương gần đây bao gồm **một tháng** lương hoặc mẫu W-2 của năm trước
 - Bản in cho biết tên, ngày tháng và số tiền gần đây quý vị nhận được từ Trợ cấp của Quận hoặc bất kỳ nguồn thu nhập nào khác. Để biết danh sách đầy đủ các lựa chọn xác minh thu nhập, vui lòng xem phần CÁC NGUỒN THU NHẬP HỘ GIA ĐÌNH được liệt kê ở trang đầu.

Lưu ý: Để bảo vệ quý vị, vui lòng ẩn hoặc xóa năm chữ số đầu tiên của số An sinh xã hội và số tài khoản trên bất kỳ tài liệu nào quý vị đã nộp.
- Quý vị phải thông báo cho EBMUD nếu hộ gia đình của quý vị không còn đủ điều kiện tham gia CAP.
- Quý vị cần xác nhận lại tính đủ điều kiện của mình hai năm một lần. Quý vị sẽ nhận được lời nhắc chứng nhận lại trước ngày hết hạn. Nếu quý vị không nhận được thông báo và vẫn hội đủ điều kiện tham gia CAP, quý vị cần nộp đơn ghi danh lại.

ĐỂ BIẾT THÊM THÔNG TIN

Vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí (510) 287-0468 / Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 a.m. đến 4:30 p.m.

Tiếp cận TTY: (510) 763-1035

Trang web: www.ebmud.com/CAP

Email: cap@ebmud.com