

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA TARIFAS DE SERVICIOS PÚBLICOS

Los clientes elegibles con cuentas de servicios públicos que califiquen reciben los siguientes beneficios en cada período de facturación a través del Programa de Asistencia para Tarifas de Servicios Públicos:

- 20% de descuento en la tarifa eléctrica residencial estándar
- \$15 de descuento en el cargo base por servicio eléctrico
- Hasta un 20% de descuento en el cargo base fijo mensual por servicio de agua

Cómo aplicar:

1. Complete las tres páginas de esta solicitud. Asegúrese de que la información sea precisa y coincida con la información de su cuenta de servicios públicos.
2. Enumere a TODOS los miembros del hogar que viven en la vivienda, incluyendo la edad y los últimos cuatro dígitos del número de seguro social de cada miembro.
3. Proporcione prueba de elegibilidad utilizando una de dos opciones:
 - Los titulares de cuentas de servicios públicos principales que están inscritos en uno de los siguientes programas son elegibles para el Programa de Asistencia para Tarifas de Servicios Públicos (*proporcione comprobante de inscripción*):
 - CalFresh/SNAP (Cupones de Alimentos)
 - CalWorks (TANF, CAPI)
 - Asistencia para la Vivienda (SEC 8)
 - O-
 - Proporcione una copia de todos los siguientes documentos de ingresos para CADA miembro adulto del hogar (*si corresponde*):
 - Carta de beneficios por desempleo, acompañada de la declaración de impuestos federales actual O una declaración jurada de no presentación de impuestos.
 - Declaración de impuestos federales actual (páginas 1 y 2 con firmas) O transcripción de impuestos, que puede obtener llamando al IRS al 800-829-1040.
 - ¿Qué sucede si no he presentado mis impuestos? Debe obtener una verificación de no presentación de declaraciones de impuestos del IRS llamando al 1-800-829-1040.
 - Carta de beneficios de SSI Y una declaración jurada de no presentación de impuestos si no presenta declaraciones de impuestos.
4. Firma y envía tu documentación a:
Ciudad de Roseville - Atención al Cliente de Servicios Públicos
116 S. Grant Street, Suite 100 Roseville, CA 95678

Tenga en cuenta que los formularios W2, los recibos de nómina y los estados financieros no se aceptarán como comprobante de ingresos. No envíe esta solicitud junto con el pago de su factura.

¿QUIEN ES ELEGIBLE?

Debe ser cliente actual de Roseville Utilities y tener un ingreso familiar combinado no mayor que el especificado en esta tabla según la cantidad de miembros del hogar.

Tamaño del hogar/familia	*200% FPL
1-2	\$43,280
3	\$54,640
4	\$66,000
5	\$77,360
6	\$88,720
7	\$100,080
8	\$111,440

**Ingreso bruto anual como porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL) según lo identificado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).*

TITULAR PRINCIPAL DE LA CUENTA / CLIENTE EN CUENTA

Apellido		Nombre de pila	
Dirección particular		Ciudad	Estado
Dirección postal (si es diferente a la anterior)		Ciudad	Código postal
Teléfono	Número de cuenta de servicios públicos de Roseville	Últimos 4 dígitos de su SSN	

LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Enumere todas las personas que viven en el hogar, incluidos los niños menores de 18 años. Proporcione los últimos 4 dígitos del número de seguro social de todos los miembros del hogar.

Nombre	Últimos 4 de SSN	Edad

Documentación de ingresos

Adjunte copias de toda la documentación de ingresos de todas las personas mayores de 18 años que vivan en su hogar. Los documentos enviados a la Ciudad NO serán devueltos. **Espere hasta 60 días para el procesamiento. La nueva tarifas de servicios públicos se reflejará en las facturas después de que se verifique la elegibilidad y no se aplicará retroactivamente.**

Declaración y firma

Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud se utilizará para verificar y determinar la elegibilidad para el programa de asistencia con las tarifas de servicios públicos. Por la presente autorizo a la ciudad de Roseville a verificar la información proporcionada en esta solicitud. También entiendo que es mi obligación y responsabilidad informar cualquier aumento en los ingresos de mi hogar y si los ingresos de mi hogar exceden el nivel de calificación de ingresos, mi participación será cancelada. Entiendo que este es un programa de tres (3) años y deberá volver a presentar la solicitud para continuar recibiendo el descuento.

Al firmar a continuación, declaro bajo pena de perjurio que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del solicitante

Fecha

Para obtener ayuda, llame a Atención al cliente de servicios públicos de la ciudad de Roseville al (916) 774-5300 o visite [roseville.ca.gov/CustomerCare](https://www.roseville.ca.gov/CustomerCare)

Los formularios del IRS están disponibles en línea en [irs.gov/Forms-&-Pubs](https://www.irs.gov/Forms-&-Pubs)

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA TARIFAS DE SERVICIOS PÚBLICOS

____ y/o ____ Por la presente certifico, represento y garantizo que no estaba obligado a presentar declaraciones de impuestos federales sobre la renta para el año calendario ____ de acuerdo con la Sección 6012 del Código de Rentas Internas por las siguientes razones:

* Se requiere una explicación completa al realizar la declaración anterior de no presentación para el año fiscal como se indicó anteriormente. No proporcionar la información necesaria puede resultar en la suspensión o terminación de su participación en Programa de asistencia con tarifas de servicios públicos o el Programa de Asistencia de Tarifa Médica.

Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto. El solicitante deberá proporcionar prueba de no presentación ante una solicitud razonable de la ciudad de Roseville.

Nombre del solicitante	Nombre del solicitante
Dirección del servicio	Número de cuenta de servicios públicos de Roseville

____	____	____	____
Firma del Solicitante	Fecha	Firma del Solicitante	Fecha