

# South Tahoe Public Utility District

1275 Meadow Crest Drive  
South Lake Tahoe, CA 96150  
(530) 544-6474 | cs@stpud.us

## Aplicación para el Programa de Asistencia al Cliente

### For District Use Only

Approved \_\_\_\_\_  
Rate Update \_\_\_\_\_  
Adjustment \_\_\_\_\_  
Letter \_\_\_\_\_  
CAP Spreadsheet \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_ CSR \_\_\_\_\_

### Descripción del Programa

South Tahoe Public Utility District ofrece un programa de asistencia a sus clientes (CAP) para residentes elegibles. El monto del descuento es 15% o 25% del precio estándar del servicio de agua o de alcantarilla, basado en la elegibilidad del cliente. El Distrito aceptará las solicitudes por orden de llegada y puede rechazar o limitar las solicitudes según la disponibilidad de fondos.

Hay dos maneras en que los clientes pueden calificar para el programa. Por favor, marque la casilla del nivel del programa para el que califica. **Solo puede seleccionar uno de los dos niveles del programa.**

#### Programa Nivel 1

- Los clientes reciben un reembolso del 25% en las tarifas de agua y alcantarillado.
- Se requiere la participación actual en el Programa CARE de Liberty Utilities. **Por favor, adjunte una copia de su factura de electricidad más reciente que muestre la participación en el Programa CARE.** La dirección del Programa CARE debe coincidir con la dirección solicitada a continuación.

#### Programa Nivel 2

- Los clientes reciben un reembolso del 15% en las tarifas de agua y alcantarillado.
- El Ingreso Total del Hogar debe ser inferior al 300% del nivel de pobreza federal actual (consulte la tabla a continuación para los límites de ingreso actuales).

### Requisitos del Programa

1. La dirección solicitada debe ser su residencia principal.
2. Debido a que debe volver a solicitar el Programa cada tres años para seguir recibiendo el reembolso.
3. El Distrito puede, a su discreción, requerir pruebas adicionales de elegibilidad y puede excluirlo del Programa si tiene motivos para creer que ya no es elegible o que ya no cumple con los requisitos del Programa.

### Información del Cliente

Fecha de Aplicación \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente (Por favor Imprima) \_\_\_\_\_

Dirección que Recibirá Asistencia \_\_\_\_\_

Número de Cuenta del Cliente \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono \_\_\_\_\_

### Firma del Cliente

He leído, entiendo y acepto cumplir con los requisitos del Programa de Asistencia al Cliente mencionados anteriormente, y afirmo que toda la información proporcionada es verdadera y correcta. Afirmo que mi ingreso total familiar es inferior al 300% del límite de pobreza federal actual y que la propiedad solicitada es mi residencia principal.

Firma \_\_\_\_\_

Retorne la aplicación completa junto con los otros documentos a:  
STPUD, 1275 Meadow Crest Drive, South Lake Tahoe, CA 96150

### Ingreso Máximo del Hogar

# de personas en el hogar	Total de ingresos anuales combinados
1 a 2 .....	\$61,320
3 .....	\$77,460
4 .....	\$93,600
5 .....	\$109,740
Agregue \$16,140 por cada miembro adicional en la familia	