



Programa Residencial de Asistencia Para Bajos Ingresos

Ciudad de Colton cuenta de utilidades – Información de registro de cliente

Apellido	Primer Nombre	Inicial
#Teléfono de casa	#Teléfono de Trabajo/Mensaje	Fecha De Nacimiento
Dirección del servicio	Ciudad	Estado
		Código Postal

NUMERO DE CUENTA DE UTILIDADES: _____

Información del hogar	Seguro social #	Fecha de nacimiento	Edad	Ingreso Anual	Pagar los impuestos (Si/No)?
1.				\$	
2.				\$	
3.				\$	
4.				\$	
5.				\$	
6.				\$	
Si más de ocho (8) personas en el hogar, use el reverse de la solicitud		Total de los ingresos familiares antes de impuestos		\$	

POR FAVOR, LEA Y ESCRIBA SUS INICIALES:

Entiendo que este programa se aplica solamente a la parte de mi factura de servicios **Eléctricos** _____

Entiendo que los ahorros mensuales comenzaran en la factura del próximo mes _____

Entiendo que recibiré un aumento de la asignación de nivel 1 de 139 kWh a 250 kWh a 389 kWh cada mes durante 12 meses consecutivos desde la fecha de aprobación _____

Al iniciar aquí, doy permiso para que se revise mi consumo eléctrico para ver si puedo beneficiarme del programa solar de la comunidad de bajos ingresos. Solicito ser contactado por la utilidad una vez que se determine si califico. _____

Personas en el Hogar Efectivo 7/1/20- 6/30/21	Ingresos anuales antes de impuestos
1 o 2	\$34,840
3	\$43,920
4	\$53,000
5	\$62,080
6	\$71,160
Por Cada miembro adicional agregue	\$9,080

Es el total de sus ingresos menos de los que muestra la Siguiete lista basado en el número de residentes de su hogar?
(Ingresos de todas Fuentes para todos los residentes del hogar).

Por Favor Marque uno: Si No
Si su respuesta es Si usted califica para este programa

Fuentes de verificación que confirman su ingreso total del hogar.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> salarios, sueldos, Comisiones | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de trabajador por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Seguro social |
| <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos | <input type="checkbox"/> Cal WORKS |
| <input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge | <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por alquilar | <input type="checkbox"/> Becas y prestamos escolares |
| <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguro social | <input type="checkbox"/> Asistencia temporal a Familias necesitadas |
| <input type="checkbox"/> Seguro para discapacidad | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Pensión ingresos de jubilación | ingresos _____ |

IMPORTANTE: PARA EFECTOS DE LA VERIFICACIÓN, FAVOR DE ADJUNTAR LOS SIGUIENTES FORMULARIOS DE PRUEBA DE INGRESOS

- No soy dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- O proporcionar copias de prueba de los ingresos anuales de fuentes anteriormente marcados
- **Si alguien mayor de 18 años de edad no tiene prueba de ingresos o no es estudiante de tiempo completo, debe presentar verificación de la oficina de desempleo**

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, CERTIFICO

1. No estoy dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
2. Entiendo que la compañía de Electricidad de Colton se reserva el derecho de verificar mi ingreso familiar.
3. El número total de personas, entre las que me incluyo, que viven en mi casa es: _____.
4. Total de mis ingresos cada año son de: \$ _____.
5. Que toda la información proporcionada es correcta bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California.
6. Si fracaso en proporcionar la documentación de ingresos requeridos o extensiones recibidas para las cuales no soy elegible, mi cuenta será re-cargada por los créditos recibidos.

Firma del jefe del hogar

Fecha

Traer o enviar esta forma y prueba de ingresos a la mesa de asistencia de electricidad del Ayuntamiento de Colton, 650 N. La Cadena Drive, Colton, CA 92324 Horas: Lunes a Jueves 8am-12pm 1pm-5pm

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN LLAME AL (909) 370-5518 O Correo Electrónico mquijano@coltonca.gov