



# Santa Clarita Valley Water Agency

## Solicitud del programa de asistencia al contribuyente (RAP)

(661) 294-0828  
ccare\_RAP@scvwa.org

Cientes residenciales con medidor individual que reciben agua a través de un medidor de agua de 1 pulgada o más pequeño y que actualmente están inscritos en los programas de Tarifas Alternativas de Energía de California (CARE) de Southern California Edison (Edison) o Southern California Gas (SoCalGas) son elegibles para postularse. El nombre o dirección de servicio en la factura de Edison o SoCalGas que refleja la inscripción del cliente en el programa CARE debe coincidir con el nombre o dirección de servicio en la factura de agua de la Agencia. Se debe presentar una nueva solicitud cada año fiscal. Los beneficiarios de RAP recibirán un crédito mensual de \$10 para el cargo fijo mensual de su factura de agua por un período de hasta 12 meses durante el año fiscal de la solicitud.

Se requerirá documentación para fines de verificación. Marque todos los que apliquen:

- CARE - Southern California Edison
- CARE - Southern California Gas

Se dará prioridad a los siguientes grupos que cumplan los criterios de elegibilidad. Se requerirá documentación para fines de verificación. Marque todos los que apliquen:

- Adulto mayor, más de 62 años
- Veterano
- Con discapacidades permanentes

NOMBRE DEL SOLICITANTE COMO FIGURA EN LA FACTURA DE AGUA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL SERVICIO \_\_\_\_\_

TELÉFONO - PRIMARIO \_\_\_\_\_ SECUNDARIO \_\_\_\_\_

Firmando abajo, certifico bajo pena de perjurio que la información que di es verdadera y correcta y que informaré a SCV Water de cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad, según se establece en la Sección 4.0 del Programa piloto de asistencia al contribuyente en las Políticas, Reglas y Regulaciones de la Agencia. Entiendo que se dará ayuda financiera a los clientes calificados del grupo prioritario identificado en la Sección 4.4 del reglamento, según el orden de llegada, siempre que haya fondos disponibles y designados por la Junta Directiva en cada año fiscal, y entiendo que, una vez que todos los fondos autorizados en un año fiscal se comprometan a clientes calificados, la Agencia no tendrá la obligación de dar ayuda financiera a clientes adicionales. Además, entiendo que la Agencia, a su exclusivo criterio, se reserva el derecho de reducir las cantidades disponibles en virtud del Fondo de ayuda y cualquier ayuda disponible en virtud de ese programa, en su totalidad, con al menos treinta (30) días de aviso por escrito a los participantes del programa.

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**\*\*\*SOLO PARA USO DE OFICINA\*\*\***

ELEGIBILIDAD  ELEGIBLE  NO ELEGIBLE      SOLICITUD PROCESADA POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

PRIORIDAD  VERIFICADO  NO VERIFICADO      INSCRIPCIÓN TRAMITADA POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_