

Programa de Asistencia al Cliente (CAP)

CAP es un programa de asistencia tarifaria para clientes de bajos ingresos que ofrece un descuento mensual de \$10.00 en la factura de agua a los clientes residenciales que cumple con los requisitos.

Solo se requieren 3 pasos para saber si usted califica:

- 1** Llene el paso 1
- 2** Llene el paso 2A o el 2B
- 3** Firme y feche este formulario y regréselo a Liberty

Paso 1

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

No. de Cuenta Liberty

Nombre como se muestra en su factura de Liberty

Domicilio

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono

Dirección Postal (si es diferente de la dirección de su casa)

Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico

Paso 2 - Elija la opción 1 o 2 a continuación y llene el reverso de este formulario.

Opción 1: Programa de Asistencia

Pública: Usted o alguien en su hogar participa en al menos uno de los siguientes programas de asistencia pública:

- Southern California Edison (C.A.R.E.)
- Southern California Gas Company (C.A.R.E.)
- Medi-Cal/Medicaid
- CalFresh/SNAP
- CalWORKS (TANF)/Tribal TANF
- WIC
- Healthy Families A&B
- LIHEAP
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Agencia de Asistencia General de Asuntos Indígenas
- Elegible para Ingreso Head Start (Únicamente Tribal)
- National School Lunch Program

Opción 2: Ingreso del Hogar

El ingreso bruto anual de su hogar se encuentra dentro de los rangos que se enumeran a continuación: Eso significa que el ingreso familiar combinado (antes de impuestos) de todas las fuentes no debe ser más que el siguiente:

Ingreso Máximo Anual Bruto del Hogar	
Número de Personas en el Hogar	Ingreso Anual Total Combinado
1 - 2	\$40,880
3	\$51,640
4	\$62,400
5	\$73,160
6	\$83,920
7	\$94,680
8	\$105,440
Por cada miembro adicional en el hogar añade	\$10,760

Cálculo del Límite Superior = 200% de las Pautas Federales de Pobreza.
Pautas de ingresos de CAP: vigentes desde el 1 de Junio de 2024 hasta el 31 de Mayo de 2025

Paso 2 - Elija 2A o 2B

2A Opción 1: Programa de Asistencia Pública

¿Usted o alguien en su hogar participa en alguno de los siguientes programas? Si es así, marque la casilla correspondiente.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Southern California Edison (C.A.R.E.) | <input type="checkbox"/> Healthy Families A&B |
| <input type="checkbox"/> Southern California Gas Company (C.A.R.E.) | <input type="checkbox"/> LIHEAP |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Medicaid | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP | <input type="checkbox"/> Agencia de Asistencia General de Asuntos Indígenas |
| <input type="checkbox"/> TANF/Tribal TANF | <input type="checkbox"/> Elegible por Ingresos de Head Start (Únicamente Tribal) |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> National School Lunch Program |

2B Opción 2: Ingresos del Hogar y Fuentes de Ingresos

Llene los espacios en blanco y seleccione (Marque X) para su ingreso familiar anual antes de las deducciones y los miembros del hogar a continuación, incluir a todos los miembros del hogar. Marque (X) para todas las fuentes de ingresos aplicables.

_____ Número de Personas en el Hogar

_____ Ingreso Anual Total Combinado

<input type="checkbox"/> 1 - 2	\$40,880
<input type="checkbox"/> 3	\$51,640
<input type="checkbox"/> 4	\$62,400
<input type="checkbox"/> 5	\$73,160
<input type="checkbox"/> 6	\$83,920
<input type="checkbox"/> 7	\$94,680
<input type="checkbox"/> 8	\$105,440

Cada Persona Adicional Agregue \$10,760

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sueldos o Salarios | <input type="checkbox"/> Pagos por discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Intereses o dividendos de:
Cuentas de ahorro, acciones
o bonos, o cuentas de jubilación | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Prestaciones por desempleo ingresos | <input type="checkbox"/> Seguro Social, SSI, SSP |
| <input type="checkbox"/> Por alquiler o regalías | <input type="checkbox"/> Pensiones |
| <input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda
utilizada para gastos de manutención | <input type="checkbox"/> Liquidación de seguro |
| <input type="checkbox"/> Beneficio por trabajo autónomo
(Formulario 1040 del IRS, Anexo C,
línea 29) | <input type="checkbox"/> Acuerdos legales |
| | <input type="checkbox"/> CalWORKS(TANF) |
| | <input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP |
| | <input type="checkbox"/> Manutención infantil |
| | <input type="checkbox"/> Efectivo y/u Otros Ingresos |
| | <input type="checkbox"/> Apoyo de Cónyuge |

Paso 3

Certifico que:


- La factura de Liberty está a mi nombre.
- Notificare a Liberty si ya no califico para esta tarifa.
- No se me reclama en la declaración de impuestos de otra persona.
- Entiendo que Liberty se reserva el derecho de prueba de documentación de elegibilidad.
- Renovare mi solicitud cuando Liberty lo solicite.

Declaración y afirmación de autocertificación: Yo declaro que la información prociesta es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algun momento no califico para recibir el descuento, notificare a Liberty. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendre que pagar la cantidad del descuento que recibi. Entiendo que Liberty puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Firma X

Fecha:

Regresar a Liberty:

 US Mail Liberty CAP
PO BOX 7002
Downey, CA 90241

 **¿Preguntas? Favor Llame Gratis al 1-800-727-5987.**