

Para nuestros vecinos que tal vez necesiten ayuda, Liberty tiene el orgullo de ofrecer el 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 cumplen con los requisitos.

Hay dos formas para calificar a CAP:

- 1 Si participa en un programa de asistencia para clientes de bajos ingresos de otra empresa de servicios públicos (como CARE de Southern California Gas Company) o si recibe beneficios de programas como Medicare, Medi-Cal y otros.
- 2 Si proporciona información de que el ingreso en el hogar cumple con los lineamientos del programa.

Inscribirse es rápido y fácil. Sólo llene el formulario de solicitud adjunto y tráigalo personalmente a nuestra oficina o envíelo por correo.



Tiene alguna pregunta sobre CAP?
 Llame a la oficina de Servicio al Cliente al 800-481-9190
 O visite www.libertyenergyandwater.com

COMO PUEDE CALIFICAR

1

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PUBLICA
 Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:

- Medi-Cal/Medicaid
- Healthy Families Categories A & B
- Women, Infants & Children (WIC)
- CalWORKS (TANF) or Tribal TANF
- Head Start Income Eligible-Solamente Tribal
- Bureau of Indian Affairs General Assistance (BIA GA)
- CalFresh/SNAP (Estampillas para comida)
- National School Lunch Program (NSLP)
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Supplemental Security Income (SSI)

2

INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:
 (En vigor del 1 de junio de 2026 a el 31 de mayo 2027)

Número de personas en el hogar	Ingreso total anual*
1-2	\$43,280
3	\$54,640
4	\$66,000
5	\$77,360
6	\$88,720
7	\$100,080
8	\$111,440

Por cada miembro adicional en el hogar, añada \$11,360
 *Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.

Liberty CAP
 P.O. Box 7002
 Downey, CA 90241

Solicitud para El Programa de Asistencia al Cliente (CAP)

Número de cuenta _____ Número de cliente _____

1. Actualmente participo en el siguiente programa(s):

<input type="checkbox"/> Southern California Edison (C.A.R.E.)	<input type="checkbox"/> Southern California Gas Company (C.A.R.E.)	<input type="checkbox"/> SSI
<input type="checkbox"/> Medi-Cal/Medicaid	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> National School Lunch (NSLP)
<input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP	<input type="checkbox"/> Healthy Families A&B	<input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance
<input type="checkbox"/> TANF/Tribal TANF	<input type="checkbox"/> LIHEAP	<input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal Only)
2. Marque el número de personas que viven en su hogar:

<input type="radio"/> Uno (1) <input type="radio"/> Dos (2) <input type="radio"/> Tres (3) <input type="radio"/> Cuatro (4) <input type="radio"/> Cinco (5) <input type="radio"/> Seis (6)	=	Número Adultos + Número Niños = Número Total
--	---	--
3. Escriba el total del ingreso familiar anual para todas las personas en su hogar. Este es el ingreso antes de las deducciones de todas las fuentes:

\$

4. Marque todas las fuentes de ingresos de su hogar:

<input type="checkbox"/> Sueldos	<input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo	<input type="checkbox"/> Pagos de Discapacitación	<input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF/AFDC)
<input type="checkbox"/> Interés o Dividendos de:	<input type="checkbox"/> Ingresos de Alquiler o Regalías	<input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador	<input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP
<input type="checkbox"/> Cuentas de Ahorros	<input type="checkbox"/> Becas, Subvenciones, u Otra Ayuda	<input type="checkbox"/> Seguro Social, SSI, SSP	<input type="checkbox"/> Manutención de los Hijos
<input type="checkbox"/> Acciones o Bonos	<input type="checkbox"/> Ayuda Utilizada para gastos de subsistencia	<input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Dinero en Efectivo y/u Otros Ingresos
<input type="checkbox"/> Cuentas de Jubilación	<input type="checkbox"/> Ganancias de Autoempleo (Forma 1040, Tabla C Línea 29 del IRS)	<input type="checkbox"/> Indemnizaciones de Seguro	<input type="checkbox"/> Apoyo de Cónyuge
		<input type="checkbox"/> Indemnizaciones Legales	
5. **Declaración y afirmación de autocertificación:** Yo declaro que la información precista en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo con proveer comprobantes de mis ingresos si me lo piden. Si en algún momento no califico para recibir el descuento, notificaré a Liberty. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que Liberty puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

Firma _____ Nombre en letra de molde _____ Fecha _____
 Dirección _____ Ciudad _____
 Teléfono _____



¿Necesita Ayuda? Solicite el Programa de Asistencia al Cliente (CAP)

Vea Si Su Hogar Califica
www.libertyenergyandwater.com

