

California Alternative Rates for Water (CARW) Application

Solicitud para el Programa de Tarifas Alternas para Agua en California (CARW)

Account Number (Numero de cuenta)

Customer Number (Numero de cliente)

Conditions for Participation

1. The water bill is in your name.

2. You may not be claimed on another person’s income tax return other than your spouse.

3. Your total yearly household income (the income or aid received by all persons living in your home)-before deductions- is no more than the income level shown to the right.

4. You may be asked to verify your income. If you do not reply or are found not eligible, you may receive corrected billings.

5. You will be reminded to renew your application every two years.

6. I am a residential customer with a 1 inch or smaller water meter.

Condiciones para participar

1. La factura de agua esta a su nombre.

2. No puede aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.

3. El ingreso anual total de su hogar (el ingreso o ayuda recibido por todas las personas que viven en su hogar)- antes de deducciones no sobrepasa el nivel de ingresos mostrados a su derecha.

4. Se le puede pedir que verifique su ingreso. Si no responde o si no es considerado elegible, podría recibir cuentas corregidas.

5. Se le recorda que renueve su solicitud cada dos años.

6. Soy un cliente residencial con un contador de agua de 1 pulgada o menos.

Maximum Household Income

Ingreso Máximo en el Hogar

Number of Persons in Household Número de Personas en el Hogar	Total Combined Yearly Income Ingreso Total Anual cominado
1-2	\$33,820
3	\$42,660
4	\$51,500
5	\$60,340
6	\$69,180
7	\$78,020
8	\$86,860

Add \$8,640 for each additional person.

Añada \$8,640 por cada personal adicional.

1. I currently participate in the following program(s): Actualmente participo en el siguiente programa(s):
- ☐ Southern California Edison (C.A.R.E.)

☐ Medi-Cal/Medicaid

☐ Food Stamps/SNAP

☐ TANF/Tribal TANF

☐ Southwest Gas Company (C.A.R.E.)

☐ WIC

☐ Healthy Families A & B

☐ LIHEAP

☐ SSI

☐ National School Lunch (NSL)

☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance

☐ Head Start income Eligible (Tribal Only)

2. Check the total number of persons in your household. Marque el número de personas que viven en su hogar.

☐ One/Uno (1)

☐ Two/Dos (2)

☐ Three/Tres (3)

☐ Four/Cuatro (4)

☐ Five/Cinco (5)

☐ Six/Seis (6)

☐ More than Six/Más de Seis (6+),
Number/Número

Adults/Adultos

+

Children/Niños

=

Total Number/Número Total

3. Write the total yearly household income for all persons in your household. This is income before deductions from all sources:

\$

Favor de escribir el ingreso anual de su hogar de todas las personas que viven en su hogar: y de todas fuentes de ingreso. El ingreso tiene que ser antes de cualesquier deducciones:

\$

4. Check all sources of income for your household:

☐ Wages or Salaries

☐ Interest or Dividends from:

☐ Savings Account

☐ Stocks or Bonds

☐ Retirement Accounts

☐ Unemployment Benefits

☐ Rental or Royalty Income

☐ Scholarships, Grants, or other

☐ Aid Used for Living Expenses

☐ Profit from Self-Employment (IRS)

☐ Disability Payments

☐ Workers Compensation

☐ Social Security, SSI, SSP

☐ Pensions

☐ Insurance Settlements

☐ TANF (AFDC)

☐ Food Stamps

☐ Child Support

☐ Cash and/or Other Income

☐ Spousal Support

Marque todas las Fuentes de ingresos de su hogar:

☐ Sueldos

☐ Interés o Dividendos de:

☐ Cuentas de Ahorros

☐ Acciones o Bonos

☐ Cuentas de Jubilación

☐ Beneficios de desempleo

☐ Ingresos de alquiler o regalías

☐ Becas, subvenciones, u otro ayuda usada para sufragar el costo de vida

☐ Ganancias de autoempleo (Forma 1040, table C Linea 29 del IRS)

☐ Pagos de discapacidad

☐ Compensación al trabajador

☐ Seguro Social, SSI, SSP

☐ Pensiones

☐ Indemnizaciones de seguro

☐ Indemnizaciones legales

☐ TANF (AFDC)

☐ Estampillas de comida

☐ Apoyo para los niños

☐ Dinero en efectivo y/u otros ingresos

☐ Apoyo de cónyuge

5. Declaration and Self-Certification Statement: I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform Liberty Utilities if I no longer qualify to receive the discount. I know that if I receive any discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount that I received. I understand that Liberty Utilities can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Declaración y afirmación de autocertificación: Yo declare que la información procista 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 Utilities. Si ya no califico pero sigo recibiendo el descuento, tal vez tendré que pagar la cantidad del descuento que recibí. Entiendo que Liberty Utilities puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus representantes, para registrarme en sus programas de asistencia.

★

Signature/Firma

Print Name/Nombre en letra de molde

Date/Fecha

Address/Dirección

City/Ciudad

()

Phone/Teléfono

email address