

LIBERTY UTILITIES (PARK WATER) CORP.  
9750 WASHBURN ROAD  
P. O. BOX 7002  
DOWNEY, CALIFORNIA 90241-7002

Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 1605-W  
Cancelling Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 1565-W

---

**FORM NO. 13**  
**Customer Assistance Program (CAP) Application**  
**Solicitud para el Programa de asistencia al Cliente (CAP)**

Page 1

---

Advice Letter No. 333-W  
Decision No.

Issued by  
Edward N. Jackson  
PRESIDENT

Date Filed 05/05/2023  
Effective 06/01/2023  
Resolution No.

# For our neighbors who may be in need of assistance, Liberty is proud to offer the Customer Assistance Program (CAP)

CAP is a low-income rate assistance program that provides a monthly discount of **\$10.00** on the water bill to qualifying residential customers.

There are two ways to qualify for CAP:

- By participating in another utilities' low-income assistance program (such as CARE from the Southern California Gas Company) or receiving benefits from programs such as Medicare, Medi-Cal and more.
- By providing information that household income meets program guidelines.

Enrolling is quick and easy. Just complete the attached application and return it to our office either in person or by mail.



Questions about CAP?  
Contact Customer Service at 800-727-5987  
Or visit [libertyutilities.com](http://libertyutilities.com).

Liberty  
P.O. Box 7002  
Downey, CA 90241

## HOW TO QUALIFY

1

**PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS**  
If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:

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

OR

2

### MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME

(Effective June 1, 2023 to May 31, 2024)

| Number of Persons in Household | Total Annual Income* |
|--------------------------------|----------------------|
| 1-2                            | \$39,440             |
| 3                              | \$49,720             |
| 4                              | \$60,000             |
| 5                              | \$70,280             |
| 6                              | \$80,560             |
| 7                              | \$90,840             |
| 8                              | \$101,120            |

For each additional household member, add \$10,280

\*Includes current household income from all sources before deductions.

# Customer Assistance Program (CAP) Application

Account Number \_\_\_\_\_

Customer Number \_\_\_\_\_

1. I currently participate in the following program(s):

- Southern California Edison (C.A.R.E.)
- Medi-Cal/Medicaid
- CalFresh/SNAP
- TANF/Tribal TANF
- Southern California Gas Company (C.A.R.E.)
- WIC
- Healthy Families A&B
- LIHEAP
- SSI
- National School Lunch (NSLP)
- Bureau of Indian Affairs General Assistance
- Head Start Income Eligible (Tribal Only)

2. Check the total number of persons in your household.

One (1)    Two (2)    Three (3)    Four (4)    Five (5)    Six (6)  
 More than Six (6+),

Number  +  =  Total Number

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

\$

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 Form 1040, Form C, Line 29)
- Disability Payments
- Workers Compensation
- Social Security, SSI, SSP
- Pensions
- Insurance Settlements
- Legal Settlements
- CalWORKs (TANF/AFDC)
- CalFresh/SNAP
- Child Support
- Cash and/or Other Income
- Alimony

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 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 can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

Signature \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

©Copyright and trademark rights reserved.



See if Your Household Qualifies

[www.libertyenergyandwater.com](http://www.libertyenergyandwater.com)



## 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:

- 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.
- 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 800-727-5987  
O visite [libertyutilities.com](http://libertyutilities.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)

o

2

### INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:

(En vigor del 1 de junio de 2023 a el 31 de mayo 2024)

| Número de personas en el hogar | Ingreso total anual* |
|--------------------------------|----------------------|
| 1-2                            | \$39,440             |
| 3                              | \$49,720             |
| 4                              | \$60,000             |
| 5                              | \$70,280             |
| 6                              | \$80,560             |
| 7                              | \$90,840             |
| 8                              | \$101,120            |

Por cada miembro adicional en el hogar, añada \$10,280

\*Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.

Liberty  
P.O. Box 7002  
Downey, CA 90241

## Solicitud para El Programa de Asistencia al Cliente (CAP)

Número de cuenta \_\_\_\_\_

Número de cliente \_\_\_\_\_

- Actualmente participo en el siguiente programa(s):
  - Southern California Edison (C.A.R.E.)
  - Southern California Gas Company (C.A.R.E.)
  - Medi-Cal/Medicaid
  - WIC
  - CalFresh/SNAP
  - Healthy Families A&B
  - TANF/Tribal TANF
  - LIHEAP
  - SSI
  - National School Lunch (NSLP)
  - Bureau of Indian Affairs General Assistance
  - Head Start Income Eligible (Tribal Only)
- Marque el número de personas que viven en su hogar:
  - Uno (1)
  - Dos (2)
  - Tres (3)
  - Cuatro (4)
  - Cinco (5)
  - Seis (6)
  - Más de Seis (6+),

Número  +  =  Niños  Adultos  Número Total
- 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:
 

\$
- Marque todas las fuentes de ingresos de su hogar:
  - Sueldos
  - Beneficios de Desempleo
  - Pagos de Discapacitación
  - CalWORKs (TANF/AFDC)
  - Interés o Dividendos de:
  - Ingresos de Alquiler o Regalías
  - Compensación al Trabajador
  - CalFresh/SNAP
  - Cuentas de Ahorros
  - Becas, Subvenciones, u Otra Ayuda
  - Seguro Social, SSI, SSP
  - Acciones o Bonos
  - Ayuda Utilizada para gastos de subsistencia
  - Pensiones
  - Dinero en Efectivo y/u Otros Ingresos
  - Cuentas de Jubilación
  - Ganancias de Autoempleo (Forma 1040, Tabla C Línea 29 del IRS)
  - Apoyo de Cónyuge
  - Indemnizaciones de Seguro
  - 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 \_\_\_\_\_

©Copyright and trademark rights reserved.



Vea Si Su Hogar Califica

[www.libertyenergyandwater.com](http://www.libertyenergyandwater.com)

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

