

CHELAN COUNTY PUBLIC UTILITY DISTRICT

APLICACIÓN PARA DESCUENTO DE TARIFA ESPECIAL PARA CLIENTES DISCAPACITADOS CON UN INGRESO COMBINADO DE 125% O MENOS DEL NIVEL DE INGRESOS DE LA POBREZA FEDERAL

REQUISITOS

1. Solicitante debe estar físicamente discapacitado antes de aplicar, como lo define el Estado de Washington RCW 46.19.010 o una persona ciega definida en RCW 74.18.020.
2. El ingreso familiar combinado de todas las fuentes debe ser igual a ó menos de 125% del Nivel de Ingresos de la Pobreza Federal.
3. Solicitante debe proporcionar prueba que es dueño o reside como jefe de hogar en una cierta propiedad a la cual proveen electricidad, agua o servicio de aguas residuales dentro del área de servicio del Distrito. El descuento aplicará a una cuenta solamente por cada tipo de servicio.
4. Se puede aplicar en cualquier momento y será válida al momento que se apruebe la aplicación. Aplicaciones de discapacidad temporales deben ser presentadas nuevamente antes de la fecha de aniversario del siguiente año.
5. Solicitante debe proporcionar una identificación, prueba de discapacidad, y prueba de ingresos (tal como formas W-2, declaración de impuestos 1040 o información del Seguro Social, talones de los cheques de discapacidad), privilegios de estacionamiento especial del Estado de Washington, o una carta firmada por su médico.
6. Elegibilidad será determinada por el Consejo de Chelan-Douglas Community Action. Solicitantes deben aplicar en persona o por correo, proporcionando esta forma completada y documentación requerida a:

CONSEJO DE CHELAN-DOUGLAS COMMUNITY ACTION / ENERGY ASSISTANCE
620 Lewis Street Wenatchee WA 98801 (509) 662-6156

Si cumple con los requisitos mencionados arriba, por favor de proporcionar la información siguiente. Si tiene preguntas, por favor de llamar a un Especialista de Cuentas del PUD del Condado de Chelan al (509) 661-8002.

POR FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE O COMPUTADORA:

Nombre _____ Nombre de Cónyuge _____

Dirección _____

Dirección de Correspondencia _____

#SS _____ #SS de Cónyuge _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ # de teléfono _____

Edad de Cónyuge _____ Fecha de Nacimiento de Cónyuge _____ # de personas en el hogar _____

de Cuenta Eléctrica (sí sabe cuál es) _____

Cuenta del Agua (sí sabe cuál es) _____

Cuenta de Aguas Residuales (sí sabe cuál es) _____

Declaración de Discapacidad:

- Carta Firmada por su Médico
- Privilegios de Estacionamiento Especial del Estado de Washington
- Documentos de Agencias Gubernamentales
- Discapacidad del VA
- Declaración de Ceguera de su Médico o Agencias Gubernamentales
- Anote Otras:

Fuente y Fecha

Declaración de Ingresos

Ingresos Brutos Anuales Combinados de las Personas que Viven en esta Dirección

Declaración de Impuestos	\$ _____
Forma W-2	\$ _____
Talones de Cheque de Discapacidad	\$ _____
Anote Otros:	
_____	\$ _____
_____	\$ _____
Ingreso Combinado Total:	\$ _____

Doy consentimiento y estoy de acuerdo en que el PUD del Condado de Chelan verifique y confirme las declaraciones de discapacidad e ingresos mencionados arriba. **La Administración de Seguro Social y el Servicio de Impuestos Internos están autorizados a divulgar mi información de mis ingresos de sus archivos para este propósito.**

Firma del Solicitante

Fecha

O Agente Autorizado

Fecha