



# Santa Clarita Valley Water Agency

## Solicitud del programa de asistencia al contribuyente (RAP)

(661) 294-0828  
ccare@scvwa.org

Los clientes residenciales medidos individualmente que reciben agua por un medidor de agua menor a 1 pulgada, y que actualmente están inscritos en los programas Southern California Edison (“Edison”) o Southern California Gas (“SoCalGas”) California Alternate Rates for Energy (“CARE”) son elegibles para presentar su solicitud. El nombre o dirección de servicio en la factura de Edison o SoCalGas que refleja la inscripción del cliente en el programa CARE debe coincidir con el nombre o dirección de servicio en la factura de agua de la Agencia. Se debe presentar una solicitud nueva todos los años. Los beneficiarios de RAP recibirán un crédito mensual de \$10 para el cargo fijo mensual de su factura de agua por un período de hasta 12 meses.

Se requerirá documentación para fines de verificación. Marque todos los que apliquen:

CARE - Southern California Edison

CARE - Southern California Gas

Se dará prioridad a los siguientes grupos que cumplan los criterios de elegibilidad. Se requerirá documentación para fines de verificación. Marque todos los que apliquen:

Adulto mayor, más de 62 años

Veterano

Con discapacidades permanentes

NOMBRE DEL SOLICITANTE COMO FIGURA EN LA FACTURA DE AGUA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_ DIVISIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL SERVICIO \_\_\_\_\_

TELÉFONO – PRIMARIO \_\_\_\_\_ SECUNDARIO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

Firmando abajo, certifico bajo pena de perjurio que la información que di es verdadera y correcta y que informaré a SCV Water de cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad, según se establece en la Sección 4.0 del Programa piloto de asistencia al contribuyente en las [Políticas, Reglas y Regulaciones](#) de la Agencia. Entiendo que se dará ayuda financiera a los clientes calificados del grupo prioritario identificado en la Sección 4.4 del reglamento, según el orden de llegada, siempre que haya fondos disponibles y designados por la Junta Directiva en cada año fiscal, y entiendo que, una vez que todos los fondos autorizados en un año fiscal se comprometan a clientes calificados, la Agencia no tendrá la obligación de dar ayuda financiera a clientes adicionales. Además, entiendo que la Agencia, a su exclusivo criterio, se reserva el derecho de reducir las cantidades disponibles en virtud del Fondo de ayuda y cualquier ayuda disponible en virtud de ese programa, en su totalidad, con al menos treinta (30) días de aviso por escrito a los participantes del programa.

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

\*\*\*SOLO PARA USO DE OFICINA\*\*\*

Fecha de recepción \_\_\_\_\_ Fecha de verificación \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_ Verificado por \_\_\_\_\_