

**Fontana Water Company Division**  
**Aviso, Solicitud y Recertificación del**  
**Programa de Tarifas Alternativas para Agua de California**  
**(California Alternative Rates for Water - CARW)**

**Si su hogar está habilitado para recibir un descuento en la factura de energía eléctrica de acuerdo con el programa CARE de energía eléctrica y gas, también podría estar habilitado para recibir un descuento en la factura de agua.**

Si desea solicitar el descuento del programa CARW para su residencia, llene esta solicitud y preséntesela a la empresa de agua. Usted podría recibir el descuento en su próxima factura, después de que la empresa de agua reciba, verifique y apruebe la solicitud que usted llenó y firmó. Si no se aprueba su solicitud, recibirá una carta de la empresa de agua explicando el motivo por el cual se denegó.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud o desea obtener mas información acerca del programa, llame al (909) 822-2201 o acérquese a la oficina local.

**REQUISITOS DE INGRESOS**

(vigente a partir del 1 de junio de 2019)

Cantidad de personas que viven en mi casa	Ingresos totales combinados de TODAS las fuentes
1-2	\$33,820
3	\$42,660
4	\$51,500
5	\$60,340
6	\$69,180
7	\$78,020
8	\$86,860

Por cada persona adicional, añadida \$8,840

**¿CUÁLES SON LAS CONDICIONES?**

Para estar habilitado para el Plan No. FO-CARW entiendo que:

- Debo ser un cliente residencial y recibir el servicio de agua a través de un medidor de agua de 1 pulgada o mas pequeño.
- La factura del servicio de agua debe estar a mi nombre.
- Debo presentar un comprobante de los ingresos de mi hogar, si me lo solicitan. La presentación de la factura de otro servicio público (electricidad o gas que demuestre mi participación en su programa de descuento de tarifa) es comprobante válido del requisito de ingresos del hogar.
- No podrán incluirme como persona a cargo o dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- Yo u otra persona de mi hogar debemos participar en un Programa de Asistencia Pública admisible o mis ingresos anuales totales no deben exceder el monto que figura en el cuadro anterior. *Ingresos totales significa los ingresos brutos totales combinados del hogar de todas las personas que viven en mi casa.*
- Debo volver a presentar la solicitud cada vez que me mudo.
- Debo renovar mi solicitud cada dos años o antes, si me lo solicitan.
- Debo avisar a la empresa de servicios públicos antes de que transcurran 30 días si dejo de reunir los requisitos para el programa CARW.

Entiendo que para CARW “ingresos brutos del hogar” significa todas las sumas de dinero y beneficios que no son en efectivo disponibles para los gastos de subsistencia de todas las personas que viven en mi hogar, provenientes de todas las fuentes, tanto gravables como no gravables, antes de deducciones. Esto incluye, entre otras cosas, sueldos, salarios y comisiones; manutención de hijos y cónyuge; intereses, dividendos o retiros de cuentas de ahorros, acciones y bonos, o cuentas de jubilación, tales como cuentas IRA y 401K; acciones; bonos; renta proveniente de negocios o alquileres; ayuda económica de familiares o amigos; regalos en efectivo; préstamos; premios de lotería; reembolsos de impuestos y dinero de pólizas de seguro y arreglos judiciales; Seguro Social; beneficios de jubilación, beneficios por incapacidad o desempleo y compensación a los trabajadores; Ayuda para Familias con Hijos Dependientes (AFDC); Pago Suplementario del Estado (SSP); y subvenciones escolares, préstamos escolares, becas u otras. La empresa de agua puede requerir comprobante de ingresos o comprobante de que participa en un Programa de Asistencia Pública al solicitar o renovar el descuento.

*(Continúa)*

**Fontana Water Company Division**  
**Aviso, Solicitud y Recertificación del**  
**Programa de Tarifas Alternativas para Agua de California**  
**(California Alternative Rates for Water - CARW)**  
(Continuación)

**1. INFORMACIÓN DE SOLICITUD (por favor escriba a máquina o en letra impresa):**

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

Soy un cliente residencial de Fontana Water Company.

Nro. de cuenta de Fontana Water Company \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección del servicio \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente de la dirección del servicio) \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_

Cantidad de personas que viven en el hogar \_\_\_\_\_

**2a. ¿USTED O ALGÚN INTEGRANTE DE SU HOGAR PARTICIPAN DE ALGUNO DE ESTOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA? EN CASO AFIRMATIVO, MARQUE (✓) EL PROGRAMA O PROGRAMAS A CONTINUACIÓN:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Medicaid       | <input type="checkbox"/> Healthy Families A & B | <input type="checkbox"/> National School Lunch (NSL)                 |
| <input type="checkbox"/> Cupón de alimentos/SNAP | <input type="checkbox"/> LIHEAP                 | <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance |
| <input type="checkbox"/> TANF/Tribal TANF        | <input type="checkbox"/> SSI                    | <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal Only)    |
| <input type="checkbox"/> WIC                     |   |  |

**Si participa en alguno de los Programas de Asistencia Pública de esta sección, SALTEE la Sección 2b y pase directamente a la Sección 3.**

**2b. INGRESOS BRUTOS ANUALES DEL HOGAR:** \_\_\_\_\_

**3. DECLARACIÓN Y AUTOCERTIFICACIÓN:**

Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio que la información suministrada en el presente es fiel y correcta de conformidad con las leyes del Estado de California. Me comprometo a presentar el comprobante de elegibilidad para el programa CARW si así se me solicita. Me comprometo a presentar el comprobante de ingresos cuando así se me solicite. Me comprometo a informarle a Fontana Water Company si dejo de reunir los requisitos para recibir el descuento. Sé que en caso de recibir un descuento sin estar habilitado para hacerlo, se me podría exigir que devuelva el descuento que recibí. Entiendo que Fontana Water Company puede compartir mi información con otras empresas de servicios públicos y con sus agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor no envíe su pago por correo junto con esta solicitud, ya que esto demorará significativamente el procesamiento del pago.**

Entregue personalmente la solicitud completa en la oficina local o envíela por correo a:

Fontana Water Company  
15966 Arrow Route  
P.O. Box 987  
Fontana, CA 92334

**PARA USO EXCLUSIVO DE FONTANA WATER COMPANY**

Date Received: \_\_\_\_\_ Documentation Provided: \_\_\_\_\_

Date Verified: \_\_\_\_\_ Verified by: \_\_\_\_\_

Date Entered In System: \_\_\_\_\_