

11142 GARVEY AVENUE  
EL MONTE, CALIFORNIA 91733

Revised \_\_\_\_\_

Cal. P.U.C. Sheet No. 3202-W

Cancelling Revised \_\_\_\_\_

Cal. P.U.C. Sheet No. 3119-W

**Form No. 16B**  
**Fontana Water Company Division**  
**Notice and Application for**  
**California Alternative Rates for Water (CARW) Program**

If your household qualifies for a discount on your energy bill under the electric or gas CARE programs, you may also qualify for a discount on your water bill.

To apply for the CARW Program at your residence, please fill out this application and submit it to the water company. You may receive the discount on your next bill after the water company receives, verifies, and approves your completed and signed application. If your application is not approved, you will receive a letter from the water company explaining the reason for denial.

If you need help filling out the application, or would like more information about the program, call (909) 822-2201 or visit the local office.

**INCOME REQUIREMENTS**  
(effective June 1, 2022)

<u>Number of Persons Living in my Home</u>	<u>Total Combined Income From ALL Sources</u>
1-2	\$36,620
3	\$46,060
4	\$55,500
5	\$64,940
6	\$74,380
7	\$83,820
8	\$93,260

For each additional person, add \$9,440

(C)

(C)

(C)

**WHAT ARE THE QUALIFICATIONS?**

To qualify for Schedule No. FO-CARW I understand:

- I am a residential customer and receive water service through a 1 inch or smaller water meter.
- The water utility bill is in my name.
- I must provide verification of my household income if requested. Presentation of a utility bill (electric or gas, showing participation in their rate discount program) is acceptable verification of household income requirement.
- I may not be claimed as a dependent on another person's tax return.
- I or someone in my household participates in a qualifying Public Assistance Program or my total annual income does not exceed the amount shown on the above chart. *Total income means the total combined gross household income of all persons living in my home.*
- I must re-apply each time I move.
- I must renew my application every two years, or sooner, if requested.
- I must notify the utility within 30 days if I become ineligible for CARW.

I understand that for CARW "gross household income" means all money and non-cash benefits, available for living expenses, from all sources, both taxable and non-taxable, before deductions, for all people who live in my home. This includes, but is not limited to: wages, salaries, and commissions; child/spousal support; interest, dividends, or withdrawals from savings accounts, stocks and bonds, or retirement accounts such as IRA and 401K accounts; stocks; bonds; business or rental income; support from family or friends; cash gifts; loans; lottery winnings; tax refunds and money from insurance policies or legal settlements; Social Security; retirement, veterans, disability, or unemployment benefits and workers' compensation; AFDC; SSP; school grants, loans, scholarships, and cash and/or other income. Proof of income acceptable to the utility may be required when applying for or renewing application.

(continued)

(To be inserted by utility)

Issued by

(To be inserted by Cal. P.U.C.)

Advice Letter No. 577

J. M. Reiker

Date Filed 5/6/2022

Decision No. \_\_\_\_\_

NAME

Effective 6/1/2022

Vice President of Regulatory Affairs

TITLE

Resolution No. \_\_\_\_\_

Form No. 16B  
Fontana Water Company Division  
Notice, Application and Re-certification for  
California Alternative Rates for Water (CARW) Program  
(continued)

1. APPLICATION INFORMATION (please type or print):

Applicant's Name \_\_\_\_\_

I am a residential customer of Fontana Water Company.  
Fontana Water Company Account No. \_\_\_\_\_

Service Address \_\_\_\_\_

Mailing Address (if different from service address) \_\_\_\_\_

Telephone No. (home) \_\_\_\_\_ (work) \_\_\_\_\_

Number of People Living in Household \_\_\_\_\_

2a. DO YOU OR ANYONE IN YOUR HOUSEHOLD PARTICIPATE IN ANY OF THE FOLLOWING PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS? IF SO, PLEASE CHECK (✓) THE PROGRAM(S) BELOW:

- Medi-Cal/Medicaid
- Food Stamps/SNAP
- TANF/Tribal TANF
- WIC
- Healthy Families A & B
- LIHEAP
- SSI
- National School Lunch (NSL)
- Bureau of Indian Affairs General Assistance
- Head Start Income Eligible (Tribal Only)

If you participate in any of the Public Assistance Programs in this section, then SKIP Section 2b and go to Section 3.

2b. GROSS ANNUAL INCOME OF HOUSEHOLD \_\_\_\_\_

3. DECLARATION AND SELF-CERTIFICATION STATEMENT:

By signing below, I certify under penalty of perjury that this information is true and correct under the laws of the State of California. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform Fontana Water Company if I no longer qualify to receive the discount. I know that if I receive a discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that Fontana Water Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance program.

Applicant's Signature \_\_\_\_\_ Date Signed \_\_\_\_\_

Please do not mail your payment with this application, as it will significantly delay payment processing.

Please hand-deliver, mail, or email a scanned copy of your completed application to: (T)  
Fontana Water Company  
15966 Arrow Route  
P.O. Box 987  
Fontana, CA 92334  
customerservice@fontanawater.com (N)

FOR FONTANA WATER COMPANY USE ONLY

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

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

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

(To be inserted by utility)

Issued by

(To be inserted by Cal. P.U.C.)

Advice Letter No. 567

J.M. Reiker

Date Filed 08/19/2021

Decision No. 21-07-029

NAME

Effective 08/19/2021

V.P. Regulatory Affairs

TITLE

Resolution No. \_\_\_\_\_

Form No. 16B (continued)  
División de Fontana Water Company  
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 2022)

Cantidad de personas que viven en mi casa	Ingresos totales combinados de TODAS las fuentes
1-2	\$36,620
3	\$46,060
4	\$55,500
5	\$64,940
6	\$74,380
7	\$83,820
8	\$93,260

Por cada persona adicional, añada \$9,440

**¿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 para veteranos, 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)

Form No. 16B  
División de Fontana Water Company  
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 imprenta):

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:

- Medi-Cal/Medicaid
- Healthy Families A & B
- National School Lunch (NSL)
- Cupón de alimentos/SNAP
- LIHEAP
- Bureau of Indian Affairs General Assistance
- TANF/Tribal TANF
- SSI
- Head Start Income Eligible (Tribal Only)
- 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 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, envíe por correo o correo electrónico una copia escaneada de su solicitud completa a: (T)

Fontana Water Company  
15966 Arrow Route  
P.O. Box 987  
Fontana, CA 92334  
customerservice@fontanawater.com

(N)

PARA USO EXCLUSIVO DE FONTANA WATER COMPANY

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

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

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

(To be inserted by utility)

Issued by

(To be inserted by Cal. P.U.C.)

Advice Letter No. 567

J.M. Reiker

Date Filed 08/19/2021

Decision No. 21-07-029

NAME

Effective 08/19/2021

V.P. Regulatory Affairs

TITLE

Resolution No. \_\_\_\_\_