PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA HOGARES DE BAJOS RECURSOS

NOMBRE: (Como aparece en su fractura)

NÚMERO DE CUENTA:

DOMICILIO DE SERVICIO: ☐ Tal domicilio es mi residencia principal

CUIDAD: **ESTADO:** **CODIGO POSTAL:**

MOBILE: **NÚMERO DE TELEFONO DE CASA :**

CORREO ELECTRÓNICO:

Seleccione el programa de Tarifas Alternativas de Energía para California (CARE) en cual usted participa. (Seleccione los aplicables)

☐ Southern California Edison

☐ Southern California Gas Company

***Se requiere incluir con esta aplicación una copia de su fractura mas reciente que demuestra su participación en el programa CARE.**

DECLARACION y CERTIFICAION:

Yo declaro que dicha información es verdadera y legítima. Yo comprendo que se requiere recertificar y aplicar cada año en junio. Estoy de acuerdo que le avisaré a Rowland Water District si mi participación en el programa CARE (con otras utilidades) se expire por cualquier razón. Yo comprendo que si recibo un descuento sin legítimamente calificar por tal descuento, es posible tener que repagar el descuento monetario que recibí.

FIRMA: **FETCHA:**

ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA A:
Rowland Water District
c/o: Low-Income Assistance Program
3021 Fullerton Road
Rowland Heights, CA 91748

USO EXCLUSIVO DEL DISTRITO:	
Date Received	**Documentation Provided:**
Approved: YES ☐ NO ☐ Effective Date:	
Approved By:	**Meter Size:**
Reason for Ineligibility:	