



**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA A
DUEÑOS DE PROPIEDAD DE BAJOS INGRESOS
PRIMAVERA 2019**

Esta aplicación está disponible en español visitando napasan.com y/o llamando al 707-494-1699

Napa Sanitation District (conocido como NapaSan) ofrece un Programa de Reducción de Tarifas para Propietarios de viviendas ocupadas por sus propietarios¹, los cuales son facturados por cargo de alcantarillado de NapaSan en su factura de impuestos a la propiedad. Si usted actualmente participa en el programa CARE de PG&E, usted será elegible para el Programa de Reducción de Tarifas de NapaSan siempre y cuando cumpla con todos los requisitos de elegibilidad que se enumeran a continuación (#1-5). Si usted NO participa en el Programa PG&E CARE, además de los requisitos #1-5, sus ingresos² familiares serán utilizados para determinar la elegibilidad (# 6).

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

¿Está usted participando actualmente en el programa PG&E CARE? **Sí** Si respuesta es Sí, aplica del 1-5 **No** Si respuesta es No, aplica del 1-6

1. Es dueño de su casa y esta es su residencia principal.
2. Recibió un cargo por el servicio de alcantarillado de NapaSan en su impuesto a la propiedad.
3. Debe aplicar para el programa anualmente para continuar recibiendo la tarifa reducida.
4. Debe enviar la solicitud completada y firmada antes de la fecha límite del **30 de junio de 2019**
5. Debe enviar todos los documentos requeridos que se enumeran a continuación.
6. Su ingreso² familiar total combinado **no debe exceder** las Reglas de Ingresos. (Sólo para solicitantes que no participan en el programa PG&E CARE)

REGLAS DE INGRESOS			
El ingreso bruto del hogar no debe exceder los límites de ingreso para calificar			
1 persona - \$42,180	3 personas - \$54,240	5 personas - \$65,100	7 personas - \$74,700
2 personas - \$48,240	4 personas - \$60,240	6 personas - \$69,900	8 personas - \$79,560

DOCUMENTOS REQUERIDOS	
Participante en el Programa PG&E CARE	No Participante en el Programa PG&E CARE
1. Una copia de su facturación actual de PG&E que muestre su participación en el Programa CARE.	1. Una copia de su declaración de impuestos federales presentada para el 2018 o si no presentó los impuestos, incluya documentación para respaldar los ingresos, como las declaraciones de seguro social, W-2 o 1099 (consulte la definición de ingresos ² del hogar).
2. Una copia de su factura de impuestos a la propiedad (2018-2019)	2. Una copia de su factura de impuestos a la propiedad (2018-2019)
3. Una copia de la solicitud completada y firmada.	3. Una copia de la solicitud completada y firmada.

¹Propiedad Habitada por el Propietario: es dueño de su casa y es su residencia principal.

²Ingresos del Hogar: Todos los ingresos de todos los miembros del hogar, de cualquier fuente derivada, ya sean sujetos a impuestos o no, incluyendo, entre otros, sueldos, salarios, pensiones, beneficios de desempleo, beneficios del trabajo por cuenta propia, pagos por discapacidad, compensación de trabajadores, manutención conyugal o de hijos, intereses o dividendos de cuentas de ahorro, acciones, bonos, cuentas de jubilación, ingresos por alquiler, regalías, ingresos en efectivo o regalos, becas, subvenciones u otras ayudas utilizadas para gastos básicos, seguros o acuerdos legales, Seguro Social, SSI, SSP, cupones de alimentos o TANF (AFDC).

Solicitud para el Programa de Asistencia a Dueños de Propiedad de Bajos Ingresos - Primavera 2019

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE (Por favor escriba) _____ TEL. _____

DIRECCIÓN DE SERVICIO _____ NÚMERO DE PARCELA/APN. _____

DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente a la de arriba) _____

¿Es propietario y residente de esta casa? Sí o No

INFORMACIÓN REQUERIDA PARA los Solicitantes que No participan en el Programa PG&E CARE

¿Cuántas personas viven en esta casa? _____ (Asegúrese de revisar las normas de ingresos y la definición de ingresos al reverso de este formulario para asegurarse de que todos los ingresos del hogar no excedan las reglas generales)

Liste los Nombres de los Miembros de su Familia que viven en el hogar	Relación con el solicitante	Lista de ingresos totales procedentes de todas las fuentes para cada miembro del hogar
El Total de Dinero Recibido Anualmente en Mi hogar es:		\$

NOTA: Si necesita líneas adicionales, adjunte una hoja por separado. Para anotar cualquier persona que depende de usted u otras personas en su hogar que no tienen ingresos (es decir, niños, ancianos, personas sin trabajo), escriba el nombre completo de esos miembros e indique "sin ingresos".

TARIFA REDUCIDA: La tarifa reducida será de \$511.34 dólares, la cual tiene una reducción de \$198.86 dólares en el Cargo Anual por Servicio de Alcantarillado (SSC), el cual sería de \$710.20 dólares para el Año Fiscal 19/20.

Yo certifico bajo pena de perjurio, que la información proporcionada en esta y con esta solicitud es verdadera y correcta según mi entendimiento, y que cumplo con los requisitos de elegibilidad para el programa.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Envíe por correo electrónico, por correo regular o entregue personalmente la solicitud completa con los documentos requeridos a:

NapaSan
Attn: 2019 Low Income Program
1515 Soscol Ferry Rd., Napa, CA 94558

<p>PARA USO EXCLUSIVO DEL DISTRITO</p> <p><input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> Inelegible</p> <p>Fecha _____</p>

Para más información, llame al (707) 258-6022 o escriba a rbataller-byrd@napasan.com.

IMPORTANTE: Debe proveer todos los documentos requeridos con esta aplicación.