

## Solicitud para el Programa de Asistencia al Cliente de Hetch Hetchy Power

El Programa de Asistencia al Cliente (Customer Assistance Program, CAP) proporciona descuentos en las facturas de servicios públicos a los clientes elegibles. Los clientes que reúnan los requisitos pueden recibir un 30% de descuento en la factura de energía de Hetch Hetchy. Nuestro proceso de solicitud es rápido y fácil.

Las solicitudes se procesarán a medida que se reciban. Una vez que haya presentado su solicitud, recibirá un email o una carta para confirmarle que hemos recibido su solicitud y notificarle el estado de su solicitud. Procesar su solicitud demorará de 2 a 3 semanas una vez que la envíe. A partir del 1.º de abril de 2022, los clientes elegibles recibirán descuentos a partir del primer ciclo de facturación completo después de aprobada la solicitud.

Su privacidad es importante para nosotros. La SFPUC mantendrá su información confidencial y la usará solo para determinar su elegibilidad para el programa.

### Para presentar su solicitud, llene los siguientes campos.

Si necesita ayuda, llame al: 415-551-4720.

### Requisitos para ingresar al programa:

1. Tener solo una cuenta del servicio de energía de Hetch Hetchy con la SFPUC.
2. Su cuenta de electricidad de Hetch Hetchy debe estar a su nombre.
3. Ser residente a tiempo completo en el domicilio donde se recibirá el descuento.
4. No eres reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
5. El total de los ingresos brutos de su hogar no debe superar las pautas de ingresos del CAP que se indican abajo.

Número de integrantes del hogar	Ingresos anuales del hogar	Ingresos mensuales del hogar
1 persona	\$29,160	\$2,430
2 personas	\$39,440	\$3,287
3 personas	\$49,720	\$4,143
4 personas	\$60,000	\$5,000
Por cada persona adicional, agregue	\$10,280	\$857

\* = Requerido

<p><b>*Número de su cuenta de energía de Hetch Hetchy</b> (número de 10 cifras) Exactamente como figura en su última factura. Si su número de cuenta es incorrecto, no se podrá procesar su solicitud. Si no tiene un número de cuenta o no puede encontrarlo, llame a Servicio al Cliente al 415-551-4720 (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto los días festivos).</p>		<p><b>*Nombre del cliente</b> Exactamente como aparece en su última factura</p>											
<p><b>*Dirección del servicio</b> (puede ser diferente de su dirección postal) Exactamente como aparece en su última factura</p>		<p><b>*Ciudad</b> Exactamente como aparece en su última factura</p>	<p><b>*Código postal</b> Exactamente como aparece en su última factura</p>										
<p><b>Dirección de email</b> (p.ej., xxxxx@gmail.com) Proporcione un email para que sea más rápida la comunicación si resulta aprobado para el programa.</p>		<p><b>*Número de teléfono</b> [p.ej., (999) 999-9999]</p>											
<p><b>*Ingreso ANUAL del hogar</b> (solo en números, sin comas) Indique su ingreso bruto anual <i>*actual*</i> (antes de descontar impuestos y otras deducciones). Incluya todos los sueldos, salarios, propinas e ingresos del trabajo por cuenta propia de todos los miembros de su hogar. El hogar incluye a todas las personas que viven juntas en la misma vivienda (los compañeros de vivienda se incluyen en el ingreso anual de su hogar).</p>		<p><b>*Número de residentes en su hogar</b> (incluido usted) El hogar incluye a todas las personas que viven juntas en la misma vivienda (los compañeros de vivienda están incluidos en su hogar).</p>											
<p><b>¿Cómo se enteró de nuestro programa?</b> (Seleccione todas las opciones que correspondan)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Publicidades en periódicos o radio</td> <td><input type="checkbox"/> Otros medios de prensa o sociales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medios sociales</td> <td><input type="checkbox"/> Boca a boca</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Material informativo enviado con mi factura</td> <td><input type="checkbox"/> Google</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Organización comunitaria o sin fines de lucro</td> <td><input type="checkbox"/> Otras</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sitio web de la SFPUC</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Publicidades en periódicos o radio	<input type="checkbox"/> Otros medios de prensa o sociales	<input type="checkbox"/> Medios sociales	<input type="checkbox"/> Boca a boca	<input type="checkbox"/> Material informativo enviado con mi factura	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Organización comunitaria o sin fines de lucro	<input type="checkbox"/> Otras	<input type="checkbox"/> Sitio web de la SFPUC	
<input type="checkbox"/> Publicidades en periódicos o radio	<input type="checkbox"/> Otros medios de prensa o sociales												
<input type="checkbox"/> Medios sociales	<input type="checkbox"/> Boca a boca												
<input type="checkbox"/> Material informativo enviado con mi factura	<input type="checkbox"/> Google												
<input type="checkbox"/> Organización comunitaria o sin fines de lucro	<input type="checkbox"/> Otras												
<input type="checkbox"/> Sitio web de la SFPUC													

**¿Cómo se describiría a usted mismo?** (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático                                     | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano                        | <input type="checkbox"/> Blanco                                      |
| <input type="checkbox"/> Filipino                                     | <input type="checkbox"/> Nativo de Medio Oriente o norteafricano     |
| <input type="checkbox"/> Indígena, nativo americano o indio americano | <input type="checkbox"/> Multirracial                                |
| <input type="checkbox"/> Latino, latinx o hispánico                   | <input type="checkbox"/> Otras                                       |

**Idioma preferido**

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cantonés | <input type="checkbox"/> Samoano    |
| <input type="checkbox"/> Inglés   | <input type="checkbox"/> Español    |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Japonés  | <input type="checkbox"/> Árabe      |
| <input type="checkbox"/> Mandarín | <input type="checkbox"/> Otras      |
| <input type="checkbox"/> Ruso     |                                     |

**¿Está usted o algún miembro de su hogar inscrito actualmente en alguno de los siguientes programas?**

*Su respuesta no afectará su elegibilidad para este programa de descuentos. Esta información solo se pide con el fin de mejorar el programa. No se compartirá ninguna información personal con ninguna otra organización sin su permiso expreso.*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                                 | <input type="checkbox"/> MediCal                            |
| <input type="checkbox"/> CalFresh (SNAP)                         | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs                                | <input type="checkbox"/> Otras                              |
| <input type="checkbox"/> County Adult Assistance Programs (CAAP) |   |

**¿Hay alguna información adicional que quiera proporcionar? Si es así, utilice el siguiente espacio.**

*No dude en darnos sus comentarios, opiniones e ideas sobre cómo la SFPUC puede ayudarlo mejor.*

**\*Al seleccionar “Acepto los términos y condiciones” y enviar este formulario, declaro que la información que proporciono es correcta.**

La inscripción en este programa está sujeta a la revisión por parte de la SFPUC, y es posible que se pida a todos los inscritos que envíen documentación para confirmar su elegibilidad, a discreción de la SFPUC. Los titulares de cuentas que no envíen el comprobante de elegibilidad cuando se les solicite, o cuya documentación demuestre que no son elegibles, serán retirados del programa y podrán ser responsables de devolver todos los descuentos que hayan recibido mientras estaban inscritos.

**Al seleccionar “Acepto los términos y condiciones”, usted declara que la información que proporcionó es correcta.**

- Acepto los términos y condiciones

**\*Firmado:** [Nombre]

**Envíe por correo postal la solicitud completada a:**

San Francisco Water, Power and Sewer  
Customer Services  
Attn: SFPUC Power CAP Program  
525 Golden Gate Avenue, 3rd Floor, San Francisco, CA 94102