

طلب برنامج مساعدة العملاء للحصول على خدمات مرافق المياه/الصرف الصحي

يوفر برنامج مساعدة العملاء (CAP) خصومات على فواتير خدمات المرافق للعملاء المؤهلين. يمكن للعملاء المؤهلين الحصول على خصم بنسبة 25% على فاتورة مرافق المياه والصرف الصحي! تقديم الطلبات لدينا سريع وسهل.

شروط الأهلية

- أن يكون لديك حساب خدمات واحد فقط لمرافق المياه والصرف الصحي مع هيئة مرافق الطاقة العامة في سان فرانسيسكو (SFPUC)
- أن تكون فاتورة مرافق المياه والصرف الصحي باسمك
- أن تكون مقيمًا بشكل دائم في العنوان الذي سيستلم فيه الخصم
- أن لا تُعتبر معالًا في الإقرار الضريبي لشخص آخر
- يتجاوز إجمالي دخل الأسرة المجمع توجيهات الدخل التابعة لبرنامج مساعدة أن لا العملاء الواردة أدناه

حجم الأسرة	دخل الأسرة السنوي	دخل الأسرة الشهري
شخص واحد	27,180 دولارًا أمريكيًا	2,265 دولارًا أمريكيًا
شخصان	36,620 دولارًا أمريكيًا	3,052 دولارًا أمريكيًا
3 أشخاص	46,060 دولارًا أمريكيًا	3,838 دولارًا أمريكيًا
4 أشخاص	55,500 دولارًا أمريكيًا	\$4,625 دولارًا أمريكيًا
لكل شخص إضافي، أضف	9,440 دولارًا أمريكيًا	786 دولارًا أمريكيًا

* = مطلوب

<p>اسم العميل * كما هو مبين في فاتورتك الأخيرة بالضبط</p>	<p>رقم حساب مرافق المياه/الصرف الصحي بهيئة SFPUC (رقم مكون من 10 أرقام) * كما هو مبين في فاتورتك الأخيرة بالضبط. إذا كان رقم حسابك غير صحيح، فلن تتمكن من معالجة طلبك. إذا لم يكن لديك رقم حساب أو لم تتمكن من العثور عليه، يُرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم 415-551-3000 (من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 5 مساءً باستثناء أيام العطلات) أو بالبريد الإلكتروني customerservice@sfpuc.org</p>
<p>الرمز البريدي * كما هو مبين في فاتورتك الأخيرة بالضبط</p>	<p>المدينة * كما هو مبين في فاتورتك الأخيرة بالضبط</p>
<p>رقم الهاتف / (مثل 999-9999) (999) *</p>	<p>عنوان تلقي الخدمات (قد يختلف عن عنوانك البريدي) * كما هو مبين في فاتورتك الأخيرة بالضبط</p>
<p>عدد المقيمين في منزلك * (من فيهم أنت) * تشمل الأسرة الأشخاص الذين يعيشون معًا في نفس المسكن (تشمل أرتك رفقاء السكن)</p>	<p>عنوان البريد الإلكتروني (مثل xxxxx@gmail.com) يرجى تقديم بريدك الإلكتروني للتواصل بشكل أسرع بخصوص ما إذا كنت قد حصلت على موافقة للانضمام إلى البرنامج</p>
<p>دخل الأسرة السنوي الحالي (بالأرقام فقط، دون فاصلات) * يرجى ذكر الدخل السنوي الإجمالي *الحالي* لأرتك قبل الضرائب والخصومات. اذكر جميع الأجور والرواتب، والإكراميات، والدخل من الأعمال الحرة لجميع أفراد أرتك. تشمل الأسرة الأشخاص الذين يعيشون معًا في نفس المسكن (يشمل الدخل السنوي لأرتك رفقاء السكن)</p>	<p>كيف عرفت ببرنامجنا (حدد كل ما ينطبق)</p>

الإعلان في الصحف او الإذاعة

وسائل التواصل الاجتماعي

المواد المرسلة مع فاتورتي

منظمة مجتمعية أو غير ربحية

الموقع الإلكتروني لهيئة مرافق الطاقة العامة في سان فرانسيسكو SFPUC

الصحافة أو وسائل الإعلام الأخرى

كلام الناس

غوغل

أخرى

كيف يمكنك وصف نفسك بشكل أساسي (حدد كل ما ينطبق)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | سكان هاواي الأصليين أو غيرها من جزر المحيط الهادئ من |
| <input type="checkbox"/> | أبيض |
| <input type="checkbox"/> | من أصول شرق أوسطية أو شمال إفريقية |
| <input type="checkbox"/> | متعدد الأعراق |
| <input type="checkbox"/> | أخرى |
| <input type="checkbox"/> | من أصول آسيوية |
| <input type="checkbox"/> | من ذوي البشرة السوداء أو الأمريكيين ذوي الأصول الإفريقية |
| <input type="checkbox"/> | فلبيني |
| <input type="checkbox"/> | السكان الأصليين، أو الأمريكيون الأصليون أو الهنود الأمريكيون |
| <input type="checkbox"/> | لاتيني أو لاتيني أو إسباني |

اللغة المفضلة

- | | |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | الساموية |
| <input type="checkbox"/> | الإسبانية |
| <input type="checkbox"/> | الفيتنلمية |
| <input type="checkbox"/> | العربية |
| <input type="checkbox"/> | أخرى |
| <input type="checkbox"/> | الكلتونية |
| <input type="checkbox"/> | الإنجليزية |
| <input type="checkbox"/> | لفلبينية |
| <input type="checkbox"/> | اليابانية |
| <input type="checkbox"/> | الماندرين |
| <input type="checkbox"/> | الروسية |

هل أنت أو أي شخص في أسرتك مسجل حاليًا في أي من البرامج التالية

لن تؤثر إجابتك على أهليتك لبرنامج الخصم هذا. هذه المعلومات مخصصة لأغراض تحسين البرنامج فقط. لن نشارك أي معلومات شخصية تخصك مع أي مؤسسة أخرى دون إذن صريح منك.

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

هل هناك معلومات إضافية تود تقديمها؟

إذا كان الأمر كذلك، يُرجى استخدام المساحة أدناه. يُرجى ألا تتردد في تقديم التعليقات، أو الملاحظات، أو الأفكار عن كيفية عمل هيئة SFPUC على تزويدك بالدعم بشكل أفضل.

من خلال تحديد "أوافق على الشروط والأحكام" وإرسال هذه الاستمارة، أقر بأن المعلومات المقدمة بها دقيقة. يخضع التسجيل في هذا البرنامج للمراجعة من قبل هيئة SFPUC. وقد يُطلب من جميع المسجلين تقديم وثائق لإثبات الأهلية وفقًا لتقدير هيئة SFPUC. ستُخصى الحسابات التي يتعذر عليها تقديم إثبات بالأهلية عند طلبها، أو التي تظهر وثائقها عدم أهليتها عند مراجعتها، من البرنامج وقد تكون مسؤولة عن سداد جميع الخصومات التي حصلت عليها أثناء التسجيل. من خلال تحديد "أوافق على الشروط والأحكام"، فأنت تقر بأن البيانات المقدمة هنا دقيقة أوافق على الشروط والأحكام*

التوقيع

أكمل التطبيق بالبريد إلى هذا العنوان

San Francisco Water, Power and Sewer
Customer Services
Attn: CAP Program

525 Golden Gate Avenue, 2nd Floor, San Francisco, CA 94102