



# DISTRIO DE AGUA DE MONTE VISTA PROGRAMA DE ASISTENCIA VITAL

El Programa de Asistencia Vital (LAP en inglés) proporciona subsidios gratis hacia la factura de agua a clientes elegibles de bajo ingreso de hasta 9 unidades de agua por factura.

## ELEGIBILIDAD Y REQUERIMIENTOS

Solo los clientes residenciales son elegibles para participar en el programa LAP del distrito. Para aplicar, los clientes deben diligenciar la aplicación LAP (en persona, por correo o en línea) junto con pruebas de su estado de necesidad económica. Para probar su estado de necesidad económica por favor entregue una copia de su factura de la Compañía Eléctrica Edison del Sur de California o la Compañía de Gas del Sur de California que muestre su participación en los programas de Tarifas Alternas de California de Electricidad (CARE en inglés) o Asistencia Familiar de Tarifas de Electricidad (FERA en inglés). Si su solicitud es aprobada, el financiamiento del LAP se aplicara en la próxima factura del agua después aprobación de la aplicación.

El cliente que esté aplicando al LAP debe ser el titular de la factura de agua del distrito y también titular en la factura de la Compañía Eléctrica Edison del Sur de California o la Compañía de Gas del Sur de California. Los clientes participando en el LAP deben renovar su aplicación cada año y se les puede pedir rectificar su elegibilidad antes de dicho plazo. Los participantes en el programa deben notificar al distrito en un plazo de 30 días si ya no cumplen con los requerimientos de elegibilidad.

***La participación de los clientes en el LAP funciona en base al orden de llegada. La financiación del programa es limitada y no está garantizada. Los lineamientos de ingresos son establecidos cada año por el programa CARE de la Comisión de Servicios Públicos de California y están disponibles en la página mvwd.org.***

## APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA VITAL

NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

Afirmo, bajo pena de perjurio, ser el titular de la cuenta mencionada arriba y que la información incluida ahí, incluyendo la documentación de soporte, está completa y es veraz. Además tengo entendido que todas las aplicaciones están sujetas a revisión y que puedo ser sujeto a cobros adicionales si la información que he entregado es incorrecta.

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

### PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

DATE RECEIVED \_\_\_\_\_

UTILITY BILL \_\_\_\_\_

DATE PROCESSED \_\_\_\_\_

CSR \_\_\_\_\_

APPROVED BY \_\_\_\_\_



# MONTE VISTA WATER DISTRICT LIFELINE ASSISTANCE PROGRAM

The Lifeline Assistance Program (LAP) provides eligible low-income customers with assistance on their water utility bill by providing up to 9 units of water per billing cycle at no cost.

## ELIGIBILITY & REQUIREMENTS

Only residential customers are eligible to participate in the District's LAP. To apply, customers must submit a LAP application (in person, by mail or online) along with demonstration of financial need. To demonstrate financial need, please submit a current copy of your Southern California Edison or Southern California Gas Company utility statement showing participation in California Alternative Rates for Energy (CARE) or Family Electric Rate Assistance (FERA) programs. If approved, LAP funding will be applied to the customer's next water bill following application approval.

The customer applying for LAP must be named on the District water bill and also match the customer named on the Southern California Edison or Southern California Gas Company utility statement. Customers participating in LAP are required to renew each year and may be asked to recertify their eligibility sooner. Program participants must notify the District within 30 days if they no longer meet eligibility requirements.

***Customer participation in LAP is on a "first come, first serve" basis. Program funding is limited and not guaranteed. Income guidelines are set each year by the California Public Utility Commission's CARE Program and are available at mvwd.org.***

## MVWD LIFELINE ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION

ACCOUNT NUMBER \_\_\_\_\_ PHONE NUMBER \_\_\_\_\_

SERVICE ADDRESS \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

I affirm, under penalty of perjury, that I am the above account holder and the information contained herein, including supporting documentation, is complete and accurate. I further understand that all applications are subject to review and I may be liable for back charges if I provide incorrect information.

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

DATE RECEIVED \_\_\_\_\_ UTILITY BILL \_\_\_\_\_ DATE PROCESSED \_\_\_\_\_

CSR \_\_\_\_\_ APPROVED BY \_\_\_\_\_