

# CAP\* DESCUENTO ¡Inscríbase Hoy!

Escanee el código QR  
para llenar el formulario  
de la solicitud en línea



## Need a Helping Hand?



Suburban se complace en proporcionar el Programa **CAP\***  
Program — an **Programa de Asistencia con Tarifas para  
Bajos Ingresos** para clientes residenciales calificados\*

**CAP\*** proporciona un ajuste de \$10.74 en su factura de agua  
cada mes, para clientes de Suburban con bajos ingresos.

La forma más fácil de calificar para **CAP\*** es demostrar que participa en el programa de asistencia para personas con bajos ingresos de su servicio de gas o electricidad. Existen dos formas para calificar:

**OPCIÓN 1:** Si participa en el programa CARE de sus servicios públicos de electricidad o gas, simplemente **complete la solicitud en línea** (escanee el código QR en la parte superior de la página), marque la opción 1 y adjunte una copia de una factura reciente de Southern California Edison o de Southern California Gas Company. O llene la solicitud (en el reverso), marque la opción 1, adjunte una copia de una factura reciente de Southern California Edison o Southern California Gas Company y envíela por correo a: Suburban Water Systems, 1325 N. Grand Ave, Suite 100, Covina, CA 91724-4044.

**OPCIÓN 2:** Si tiene bajos ingresos, pero no participa en CARE, puede calificar certificando que los ingresos de su hogar cumplen con los requisitos que se muestran en la Opción 2 en línea y en el reverso. Si cumple con esos requisitos, **complete la solicitud en línea** (escanee el código QR en la parte superior de la página) y marque la opción 2 o llene la solicitud (en el reverso), marque la opción 2 y envíela por correo a: Suburban Water Systems, 1325 N. Grand Ave., Suite 100, Covina, CA 91724-4044.

**CAP\*** no es un programa retroactivo. Suburban Water Systems utiliza un proceso de renovación semestral para este programa y enviará avisos de renovación antes de la fecha de renovación. Los clientes calificados comenzarán a recibir un ajuste en el mes siguiente a su aceptación en el programa. Si tiene preguntas adicionales sobre el programa **CAP\*** o para obtener solicitudes adicionales en inglés o español, visite nuestro sitio web en [www.swwc.com/suburban/lira](http://www.swwc.com/suburban/lira) o llame al servicio de atención al cliente al 800.203.5430 (TTY 877.405.1710).

\*La Comisión de Servicios Públicos de California (CPUC, por sus siglas en inglés) también ha aprobado **CAP\*** para instalaciones calificadas de vivienda grupal sin fines de lucro, instalaciones de vivienda para empleados agrícolas y centros de vivienda para trabajadores agrícolas migrantes. Comuníquese con nuestro departamento de servicio al cliente al 800.203.5340 si desea recibir una solicitud para uno de estos tipos de residencias.

\*Formalmente LIRA/WISH



**Suburban  
Water Systems**

# Solicitud para CAP\* de Suburban Water Systems

Escanee el código QR para completar el formulario de la solicitud en línea



## Nombre

(Tal y como aparece en su factura de agua)

## Número de Cuenta de Cliente

## Dirección de Servicio

Calle

Ciudad

Estado

Zip

## Dirección Postal

Si es diferente de la dirección de servicio Calle

Ciudad

Estado

Zip

## Número de Teléfono de Día

## Total de Personas que Viven en el Hogar

Adultos + Niños = Total

### Elija su opción:

#### OPCIÓN 1

☐

**Yo participo** en el programa CARE, los programas de asistencia para personas con bajos ingresos de Southern California Edison o Southern California Gas Company. Adjunto una copia de una factura reciente de Southern California Edison o Southern California Gas Company para demostrar mi participación en CARE.

#### OPCIÓN 2

☐

**Yo No participo** en el programa CARE, los programas de asistencia para personas de bajos ingresos de Southern California Edison o Southern California Gas Company. Sin embargo, certifico que califico para CAP\* porque el ingreso anual de mi hogar está por debajo de las pautas de ingresos de CAP\*, o participo en un programa de asistencia pública.

### DECLARACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR

#### Ingreso Máximo del Hogar

El ingreso bruto anual de su hogar debe estar por debajo de las pautas de ingresos de CAP\*:

Total de personas en el hogar	Ingreso anual total combinado
1-2 .....	\$ 42,300
3 .....	\$ 53,300
4 .....	\$ 64,300
5 .....	\$ 75,300
6 .....	\$ 86,300
7 .....	\$ 97,300
8 .....	\$ 108,300

Por cada persona adicional, agregue \$11,000 al ingreso anual total combinado.

El ingreso anual de mi hogar es \$ \_\_\_\_\_

#### Llene el círculo junto a todas las fuentes de ingresos anuales de su hogar.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Sueldos o salarios  | <input type="radio"/> Pagos por discapacidad      |
| <input type="radio"/> Intereses y/o dividendos de:  | <input type="radio"/> Compensación de             |
| <input type="radio"/> Cuentas de ahorro   | <input type="radio"/> trabajadores                |
| <input type="radio"/> Acciones o bonos, o   | <input type="radio"/> Seguro Social, SSI, SSP     |
| <input type="radio"/> Cuentas de jubilación   | <input type="radio"/> Pensiones                   |
| <input type="radio"/> Prestaciones por desempleo  | <input type="radio"/> Liquidación de seguros      |
| <input type="radio"/> Ingresos por alquiler o regalías  | <input type="radio"/> Acuerdos legales            |
| <input type="radio"/> Subsidios escolares, becas u otras ayudas utilizadas para gastos de manutención | <input type="radio"/> TANF (AFDC)                 |
| <input type="radio"/> Ganancias por autoempleo (Formulario del IRS, Schedule C, Línea 29)             | <input type="radio"/> Estampillas de alimentos    |
|   | <input type="radio"/> Manutención infantil        |
|   | <input type="radio"/> Manutención de cónyuge      |
|   | <input type="radio"/> Efectivo y/u otros ingresos |

Las pautas de ingresos enumeradas anteriormente están vigentes desde el 1 de Junio de 2025 hasta el 31 de Mayo de 2026.

### PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY

¿Usted participa en alguno de los siguientes programas? Si es así, marque (✓) a los programas a continuación.

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Medicaid             | <input type="checkbox"/> WIC                  | <input type="checkbox"/> SSI                         | <input type="checkbox"/> Asistencia General de la Agencia de Asuntos Indígenas | <input type="checkbox"/> Ingreso Head Start (solo para tribus) |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de alimentos/SNAP | <input type="checkbox"/> Healthy Families A&B | <input type="checkbox"/> National School Lunch (NSL) |  |  |
| <input type="checkbox"/> TANF/Tribal TANF              | <input type="checkbox"/> LIHEAP               |  |  |  |

### DECLARACIÓN

#### Por favor, lea atentamente y firme:

La información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto proporcionar un comprobante de ingresos si me lo piden. Estoy de acuerdo en informar a Suburban Water Systems si ya no califico para CAP\*. Entiendo que si recibo el ajuste de mi factura sin calificar para él, es posible que deba devolver el ajuste que recibí. Entiendo que Suburban Water Systems puede compartir mi información con otras empresas de servicios públicos o sus agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.

\*Formalmente LIRA/WISH



**Suburban Water Systems**

1325 N. Grand Ave., Suite 100  
Covina, CA 91724-4044

Firma Aquí

Firma del Cliente

Fecha