

WATER & POWER

1. INFORMACIÓN DE CUENTA

Nombre (como aparece en la factura de MID)

Domicilio de Servicio

Ciudad Estado Código Postal

Domicilio de correspondencia (si es diferente a la del servicio)

Número de Teléfono Número de Cuenta

Correo Electrónico

CÓMO SOLICITAR

- INGRESE SU INFORMACIÓN DE LA CUENTA
- INGRESE LA INFORMACIÓN DEL HOGAR
- ADJUNTE COMPROBANTES DE SUS INGRESOS MENSUALES
MID NO ACEPTARÁ ESTADOS DE CUENTA COMO PRUEBA DE INGRESOS
- ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO:
CUSTOMERSERVICE@MERCEDID.ORG
O ENVÍE LA SOLICITUD EN JUNTA CON LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS A:

MID CARES
744 WEST 20TH ST.
MERCED, CA 95340
** SOLICITUDES INCOMPLETAS NO SERÁN PROCESADAS**

2. INFORMACIÓN DE HOGAR Y VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Incluyendo el solicitante, ingrese el número de personas que viven en la casa (a tiempo completo) Adultos _____ + Menores (menos de 18) _____ = _____

Ingreso de hogar incluye los salarios de todos los miembros del hogar (sujeto o no a impuestos), incluyendo pero no limitado a:

Salarios \$ _____	Compensación de empleo \$ _____
Ingresos por interés \$ _____	Beneficios de desempleo \$ _____
Seguro Social \$ _____	Sostenimiento marital \$ _____
SSI, SSP, SSDI \$ _____	Ingresos por alquiler o regalías \$ _____
Pensiones \$ _____	Compensación legal \$ _____
TANF (AFDC) \$ _____	Becas \$ _____
Sostenimiento de hijos \$ _____	Asistencias \$ _____
Pagos por incapacidad \$ _____	Efectivo \$ _____
Ingresos por trabajo propio (Forma IRS Schedule C requerida) \$ _____	
Otros Ingresos (explique): _____ \$ _____	

Total de ingresos mensuales del hogar (En bruto): \$ _____

Si necesita una copia de su carta de beneficios de Seguro Social, por favor contacte la oficina de Seguro Social en Español al siguiente número de teléfono: 1-800-772-1213

Nota: Si en la solicitud figura adultos sin comprobante de ingresos, adjunte una explicación.

Miembros de hogar	Maximum Annual Gross income*
1 to 2	\$34,840
3	\$43,920
4	\$53,000
5	\$62,080
6	\$71,160
7	\$80,240
8	\$89,320
Miembros adicionales.	\$9,080 por miembro

3. DECLARACIÓN Y FIRMA

La información en esta solicitud será utilizada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Si soy elegible para el descuento del programa MID CARES, permito que el descuento apropiado se aplique a mi tarifa de electricidad y doy mi consentimiento para que se verifique mi elegibilidad en cualquier momento. Si la verificación establece que no soy elegible, seré descalificado/a del programa y MID podrá realizar facturas correctivas. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información es verdadera y correcta.

X _____
Firma (persona cuyo nombre aparece en la cuenta de MID) Fecha

MID USE ONLY

Approved Date _____ Initials _____

Denied Income too high Income not provided

Incomplete Application Other

Una vez que se apruebe la solicitud, la tarifa reducida de "CARE" permanecerá vigente durante dos años al menos que una verificación anterior establezca que no soy elegible. Es la responsabilidad del cliente de volver a solicitar la tarifa reducida de "CARE" ANTES del vencimiento de la solicitud para evitar un aumento de tarifa.

Permita hasta 60 días para el procesamiento de la solicitud. El procesamiento será demorado más de 60 días si la solicitud se entrega incompleta o incorrecta. Las cuentas de facturas comenzarán a recibir el descuento después de que se verifique su elegibilidad y no es retroactivo.