

SOLICITUD DE DESCUENTO PUD

SOLICITUDES INCOMPLETAS O CON FALTA DE DOCUMENTACIÓN RETRASARÁ EL PROCESAMIENTO

This application is also available in English on our website at www.snopud.com/discounts

> FAVOR DE UTILIZAR TINTA NEGRA O AZUL SOLAMENTE

PARA ELEGIBILIDAD DE INGRESOS CONSULTE EL REVERSO DE ESTA PAGINA

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA CUENTA (letra de molde)	TELÉFONO PRINCIPAL () <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
DIRECCIÓN DE SERVICIO ELÉCTRICO/AGUA (incluya Ciudad y Código postal)	CORREO ELECTRÓNICO

MIEMBROS/OCUPANTES DEL HOGAR

Anote todos los ocupantes que vivan en el hogar. Un ocupante es cualquier persona que viva en el hogar sea o no un familiar. (Adjunte una página adicional si es necesario.)

TITULAR DE LA CUENTA Y PERSONAS ADULTAS (MAYOR DE 19 AÑOS):

Nombre completo (Escriba abajo)	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Relación con el Titular de la cuenta (Escriba abajo)	Ingresos brutos mensuales ganados y no ganados
------------------------------------	------------------------------------	--	---

1. _____ Titular de la cuenta \$ _____

¿Beneficios de alimento DSHS? No Si: No. de Cliente DSHS o No. de Seguro Social _____

2. _____ \$ _____

¿Beneficios de alimento DSHS? No Si: No. de Cliente DSHS o No. de Seguro Social _____

3. _____ \$ _____

¿Beneficios de alimento DSHS? No Si: No. de Cliente DSHS o No. de Seguro Social _____

NIÑOS/JÓVENES (MENORES DE 18 AÑOS)

Nombre completo (Escriba abajo)	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Relación con el Titular de la cuenta (Escriba abajo)	Ingresos mensuales no ganados (ej., SSI, Tribal, VA)
------------------------------------	------------------------------------	--	--

1. _____ \$ _____

2. _____ \$ _____

3. _____ \$ _____

4. _____ \$ _____

BENEFICIOS ADICIONALES DE DSHS PARA JÓVENES MENORES DE 18 AÑOS

Nombre _____ No. de Cliente DSHS o No. de Seguro Social _____

Nombre _____ No. de Cliente DSHS o No. de Seguro Social _____

Nombre _____ No. de Cliente DSHS o No. de Seguro Social _____

Nombre _____ No. de Cliente DSHS o No. de Seguro Social _____

INGRESOS TOTAL: \$ _____

POR FAVOR COMPLETE LA SECCIÓN DE "GASTOS" EN LA PARTE POSTERIOR.

SE REQUIERE FIRMA PARA EL PROCESAMIENTO DE LA SOLICITUD.

RECEIVED BY/DATE
 BILLING CYCLE
 ACCOUNT #
 ACCOUNT HOLDER'S NAME
 FOR SNOHOMISH COUNTY PUD USE ONLY

GASTOS MENSUALES

Enumere sus gastos mensuales y cómo se pagan

Electricidad/Gas/Servicios Públicos	\$
Transportación:	\$
Comida:	\$
Renta o pago de hipoteca:	\$
¿Actualmente recibe asistencia de vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Otros gastos :	\$

Se **REQUIERE** documentación de ingresos por los últimos tres meses

Los tipos de ingresos incluyen, pero no se limitan a:

- Sueldos, propinas, salarios (mayores de 19 años)
- Ingresos de trabajo por cuenta propia (mayores de 19 años)
- Seguro Social o otros ingresos de jubilación
- SSI o pagos por discapacidad
- Beneficios Tribal per cápita
- Beneficios para veteranos
- Beneficios por desempleo
- Manutención de niños o cónyuges, incluyendo:
 - Cuidado adoptivo
 - Pensión alimenticia
 - Apoyo de adopción
 - Otros pagos de mantenimiento recibidos

La documentación incluye, pero no se limita a:

- Talones de pago
- Estados de cuenta(s) bancarios completos
- Declaraciones anuales del Seguro Social
- Declaraciones anuales de ingresos de jubilación
- Declaraciones anuales de impuestos*

Otra documentación requerida si corresponde:

- Carta de concesión de vivienda
- Carta de concesión de beneficios DSHS, todas las páginas

*Se aceptan declaraciones anuales de impuestos hasta el 30 de junio de cada año para personas retiradas y personas con negocios propio.

Me gustaría ser tomado en cuenta para futuros programas de asistencia en conservación/eficiencia de energía basado en los ingresos.

Al firmar este acuerdo certifico que la información de este formulario es verídica y correcta y que la información falsa o incorrecta resultará en el rechazo o eliminación inmediata de los descuentos. También estoy de acuerdo en notificar a PUD de cambios significantes en nuestros ingresos y/o número de habitantes. Se hacen auditorias de descuentos en todo momento. Le doy permiso a Snohomish County PUD y a otras agencias de gobierno en posesión de mis datos personales, incluyendo y no limitados a información financiera y relacionada a la cuenta para que soliciten o liberen información cuando sea necesario establecer, verificar o monitorear mi elegibilidad, hacer pagos a mi nombre, o para propósitos en conexión con el recibo de mis beneficios.

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

FECHA

X

Envíe esta solicitud completa y firmada por CORREO, junto con todos los documentos requeridos a:

PUD Discount Service Center — PO Box 1107, Everett, WA 98206-1107. O vía FAX al: 425-267-6137

PREGUNTAS: www.snopud.com/discounts, 425-783-1000 (número gratuito en el Oeste de Washington y fuera del área local de Everett 1-877-783-1000), de lunes a viernes, 8:00 AM to 5:30 PM

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS (Máximo después de las deducciones)

	Mensual	Anual
Tamaño del Hogar: 1 persona	\$2,521	\$30,252
2 personas.....	\$3,406	\$40,880
3 personas.....	\$4,303	\$51,640
4 personas.....	\$5,200	\$62,400
5 personas.....	\$6,096	\$73,160
6 personas.....	\$6,993	\$83,920
7 personas.....	\$7,890	\$94,680
Cada persona adicional, añadada.....	\$896 OR	\$10,760