

SOLICITUD DE DESCUENTO PUD

SOLICITUDES INCOMPLETAS O CON FALTA DE DOCUMENTACIÓN RETRASARÁ EL PROCESAMIENTO

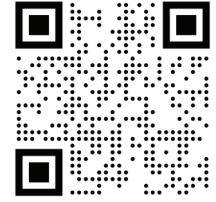
Esta aplicación está disponible en español en nuestro sitio web snopud.com/discounts

> FAVOR DE UTILIZAR TINTA NEGRA O AZUL SOLAMENTE

Sección 1 – Información de la propiedad

Dirección de servicio	Dirección postal (si es diferente)
Teléfono principal	Correo electrónico

¡Un consejo! Ahorre tiempo y papel aplicando en línea:



snopud.com/discounts

Por favor marque uno: ☐ Alquilo mi casa ☐ Soy dueño de mi casa

Sección 2 – Ocupantes del hogar

Un ocupante es cualquier persona que reside en la propiedad y se beneficia del medidor en la dirección de la propiedad

ADULTOS (19 AÑOS DE EDAD O MAS) – El titular principal de la cuenta debe ser ocupante 1

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación al titular	Ingresos brutos mensuales devengados y no devengados (véase la tabla de la p. 4)
1.		Titular de la cuenta	
2.			
3.			
4.			

NIÑO/JOVEN (18 AÑOS O MENOS)

Nombre	Edad
1.	
2.	
3.	
4.	

¿Miembros adicionales? Agregue una hoja de papel a esta solicitud con la información correspondiente o utilice nuestra solicitud en línea en snopud.com/discounts

¿Usted o alguien en su hogar recibe los siguientes beneficios además de sus ingresos mensuales?

- ☐ Cápitla tribal \$ _____ cantidad neta mensual
- ☐ Beneficios de asistencia para veteranos \$ _____ cantidad neta mensual

Seleccione las fuentes de ingresos:

- ☐ Sueldos, propinas, salarios (19 años o más) ☐ Ingresos de trabajo por cuenta propia (19 años o más)
- ☐ Ingresos de jubilación (p. ej. 401(k), pensión, anualidades, etc.) ☐ Pagos de Seguro Social, SSI o discapacidad
- ☐ Beneficios de desempleo ☐ Manutención (child support)
- ☐ Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA) ☐ Ingresos en efectivo
- ☐ Otras fuentes de ingresos: (ahorros, prestamos, crédito, herencia, acciones, bonos, IRA, fideicomisos, regalías, Criptomonedas, etc.)
- ☐ Otros ingresos: (Ayuda de familiares o amigos, comercio o trueque)

FOR SNOHOMISH COUNTY PUD USE ONLY

BILLING CYCLE RECEIVED BY/DATE

ACCOUNT #

ACCOUNT HOLDER'S NAME

Sección 3 – Beneficios de DSHS

¿Alguien en el hogar tiene beneficios del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)? (Incluyendo Alimentos, TANF, Asistencia a Refugiados, Plan Suplementario Estatal, Ancianos, Ciegos y Discapacitados. NO incluye a los participantes con beneficios médicos solamente). **Importante: solo se requiere la información de una persona, incluso si varios miembros del hogar reciben beneficios.**

> Si **SÍ**, complete la siguiente información de consentimiento de DSHS

> Si **NO**, continúe con la Sección 4

> Si **SÍ**, pero su estado de beneficio es **CONFIDENCIAL**, complete el formulario digital (at snopud.com/discounts) para cargar documentación o enviarla por correo con este formulario completado

Consentimiento de DSHS: El Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) puede ayudarle mejor si podemos trabajar con otras agencias y profesionales que lo conocen a usted y a su familia. Al firmar este formulario, usted está dando permiso para que DSHS use y comparta información confidencial sobre usted. DSHS no puede negarle beneficios si usted no firma este formulario a menos que su consentimiento sea necesario para determinar su elegibilidad. Si usted no firma este formulario, DSHS aún puede compartir información sobre usted en la medida permitida por la ley. Si tiene preguntas sobre cómo DSHS comparte la información confidencial del cliente o sus derechos de privacidad, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad del DSHS o pregunte a la persona que le da este formulario.



Primer nombre de la persona que recibe los beneficios*	Apellido de la persona que recibe los beneficios*
Fecha de nacimiento de la persona que recibe los beneficios	# de cliente de DSHS o # de seguro social

La ortografía del nombre debe coincidir con lo que está en el archivo con DSHS

SI firma por sí mismo. No se requiere documentación adicional

SI está autorizado a firmar para un niño menor de 18 años como guardián, o representante personal. Adjunte la prueba de autoridad

SI los beneficios son a través de otro ocupante en el hogar mayor de 18 años. Proporcione una copia de la licencia de conducir o identificación de la persona que recibe los beneficios

Doy mi consentimiento al uso de información confidencial sobre mí dentro de DSHS para planificar, proporcionar y coordinar servicios, pagos y beneficios para mí o para otros fines autorizados por la ley. También concedo permiso a DSHS y al PUD del condado de Snohomish, y a sus empleados autorizados, para usar mi información confidencial y divulgarla entre sí para estos fines. La información puede ser compartida verbal o electrónicamente, por correo o entrega a mano.

Este consentimiento es válido por un año o ☐ hasta _____ (fecha o evento)

- Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero eso no afectará a la información ya compartida.
- Entiendo que los registros compartidos bajo este consentimiento pueden dejar de estar protegidos bajo las leyes que se aplican a DSHS.
- Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para compartir registros.

Firma de la persona que recibe beneficios	Fecha
---	-------

Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o como está permitido de otra manera por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Sección 4 – Beneficios

Alguien en el hogar:

- ✓ ¿Tiene un niño en la casa elegible para almuerzo gratis o a precio reducido con el **Programa Nacional de Almuerzos Escolares**?
- ✓ ¿Recibe beneficios de asistencia de vivienda basados en los ingresos de alguna de las siguientes agencias?
 - ☐ Housing Authority of Snohomish County
 - ☐ YWCA
 - ☐ Everett Housing Authority
 - ☐ Rapid Rehousing Program
 - ☐ Housing Hope/Hopeworks

> Si respondió **SÍ** a cualquiera de las preguntas de la sección 4:

- ☐ Proporcione una copia de su carta de elegibilidad para recibir almuerzos gratuitos o a precio reducido **O**
- ☐ Una copia de su carta de adjudicación de asistencia de vivienda con el monto de beneficios

> **SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIER PREGUNTA EN LA SECCIÓN 3 O 4, OMITA LA SECCIÓN 5 <**

Sección 5 – Información sobre ingresos

TIPOS DE INGRESOS Y DOCUMENTACIÓN RELACIONADA –Si algún miembro del hogar tiene alguno de los tipos de ingresos que se enumeran a continuación, proporcione documentación

Sueldos, propinas, salarios (19 años o más)	Talones de pago recibidos entre el primer y el último día del mes completo más reciente
Ingresos de trabajo por cuenta propia (19 años o más)	Se aceptan declaraciones de impuestos anuales hasta el 30 de junio de cada año calendario Las solicitudes recibidas después del 30 de junio requerirán una declaración de pérdidas y ganancias con copias de recibos o declaraciones de impuestos trimestrales y con todos los anexos y hojas de trabajo
Otros ingresos de jubilación (p. ej. 401(k), pensión, anualidades, etc.)	Comprobante de pago más reciente, estado de cuenta bancario o estado de cuenta de jubilación anual que refleje el monto del depósito
Pagos de Seguro Social, SSI o discapacidad	Carta de adjudicación para el año en curso (https://ssoffice.location.com/resources/social-security-award-letter/)
Beneficios de desempleo	Declaraciones de desempleo de los últimos 30 días (https://Secure.esd.wa.gov/home)
Manutención (Child Support)	Documento del Departamento de Manutención de Niños (DCS)
Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)	Carta de Adjudicación de Asistencia en Efectivo para Refugiados
Otras fuentes de ingresos: (Ahorros, préstamos, crédito, herencia, acciones, bonos, IRA, fideicomisos, regalías, criptomonedas, etc.)	Estado de cuenta más reciente que refleja retiros y depósitos
Otros ingresos: (Ayuda de familiares o amigos, comercio o trueque)	Carta que incluya el nombre del contribuyente, número de teléfono del contribuyente, dirección de su casa y el valor del comercio/trueque o explicación de la contribución
Ingresos en efectivo	Carta que incluya el nombre del contribuyente, número de teléfono del contribuyente, dirección de su casa y la explicación de la contribución

DEDUCCIONES ADICIONALES –Algunos costos mensuales se pueden deducir de sus ingresos para calcular su elegibilidad. Ingrese el monto de los costos mensuales y proporcione documentación de respaldo.

Costo Mensual

Costos de manutención de los hijos (Child Support)	Proporcionar el estado de cuenta del Departamento de Manutención de los Hijos	
Gastos de atención domiciliar médica necesarios	Proporcionar recibos, cheques cancelados o estados de cuenta que muestren el monto pagado	
Costo mensual de medicamentos recetados	Proporcionar documentación que detalle los costos mensuales, como un documento de la farmacia	

– continúa en la página siguiente –

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

Personas en el hogar	Ingresos anuales	Ingresos mensuales
1 persona	\$31,920	\$2,660
2 personas	\$43,280	\$3,607
3 personas	\$54,640	\$4,553
4 personas	\$66,000	\$5,500
5 personas	\$77,360	\$6,447
6 personas	\$88,720	\$7,393
7 personas	\$100,080	\$8,340
Cada persona adicional agregue	\$11,360 OR	\$947

Al firmar este acuerdo, certifico que la información en este formulario es verdadera y correcta y que la información falsa o incorrecta resultará en la denegación o eliminación inmediata del descuento(s). También estoy de acuerdo con lo siguiente: Notificaré al PUD de cambios significativos en los ingresos y/o el número de ocupantes. Las auditorías de descuentos pueden ocurrir en cualquier momento. Concedo permiso a Snohomish County PUD y otras agencias gubernamentales en posesión de mis datos personales, incluyendo pero no limitado a información financiera y de cuentas, para solicitar o divulgar mis datos cuando sea necesario para establecer, verificar o monitorear la elegibilidad, hacer pagos en mi nombre, o para otros propósitos en relación con mi recepción de beneficios.

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

X

FECHA

☐ Marque esta casilla si desea ser considerado para programas de ingresos calificados en el futuro, ya sea de eficiencia energética o asistencia en la conservación

El PUD ofrece programas especiales y descuentos para ayudar a los clientes a reducir el consumo de energía y ahorrar dinero. Ejemplos de programas especiales para clientes con ingresos calificados incluyen subvenciones que otorgan créditos adicionales a cuentas elegibles, o programas que ofrecen electrodomésticos de bajo consumo de energía gratuitos a hogares que cumplan los requisitos.



Envíe por CORREO la solicitud completa y firmada, junto con la documentación requerida,
A: PUD Discount Service Center – PO Box 1107, Everett, WA 98206-1107. Or FAX TO: 425-267-6137
O CORREO ELECTRÓNICO a **IQD@snopud.com** – tenga en cuenta que este correo electrónico es solo para el envío de solicitudes.

PREGUNTAS: snopud.com/discounts, 425-783-1000
(línea gratuita en el oeste de WA y fuera del área de llamadas locales de Everett al 1-877-783-1000),
lunes-viernes, 8 am a 5:30 pm