



Para obtener más información sobre el Programa de Ayuda con las Tarifas, llame a Servicio al Cliente al **(650) 329-2161**.
Horario: de lunes a jueves, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m., y viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Cómo puede solicitar el programa

En línea:	Por correo electrónico:	Por correo:
Solicite el programa en línea para inscribirse más rápido, en CityofPaloAlto.org/RAP .	Saque una fotografía de la solicitud completa o escanéela y envíela por correo electrónico a CreditCollections@cityofpaloalto.org . Por fax: Envíe la solicitud completa y la documentación al (650) 326-4941.	Envíe la solicitud completa a Créditos y Cobranzas de Servicios Públicos (Utilities Credit and Collections), 250 Hamilton Ave, Ground Floor, Palo Alto, CA 94301.

Información para el cliente			<input type="radio"/> Nueva solicitud <input type="radio"/> Renovación		
Nombre del titular de cuenta (como aparece en la factura de CPAU*)			Número de cuenta de CPAU (número de 8 dígitos que comienza con 30)		
			3	0	
Dirección del servicio			Dirección postal (si es diferente a la dirección del servicio)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Palo Alto	CA				
Número de teléfono			Dirección de correo electrónico		
()	-		
Cantidad total de personas que residen en la vivienda a tiempo completo:		Adultos	Niños (menores de 18 años)	Total	

Categoría: indique la categoría que está solicitando (marque UNA sola opción)

<input type="radio"/> RAP médico: 25 % de descuento en tarifas de gas o electricidad. Para residentes que tienen una condición médica, reciben un tratamiento o usan un equipo que genera un consumo de servicios públicos mayor de lo normal. Complete las secciones M1 y M2.	Nota: <ul style="list-style-type: none"> Los clientes que califican para recibir el descuento económico y el descuento médico deben solicitar el descuento económico, ya que incluye los beneficios más completos. Un solicitante no puede recibir un descuento económico o médico con otros descuentos. Este descuento no se aplica al impuesto al usuario de servicios públicos ni a cualquier otro servicio público. El impuesto al usuario de servicios públicos se calculará antes de que se aplique el descuento. Es posible que los solicitantes deban establecer su elegibilidad una vez al año, y el cliente es responsable de informar al Departamento de Servicios Públicos (Utilities Department) si su elegibilidad cambia. El descuento se puede aplicar a una sola cuenta de servicios públicos por cliente.
<input type="radio"/> RAP económico: 25 % de descuento en tarifas de gas o electricidad, y 20 % de descuento en la factura de desagüe pluvial. Debe cumplir las condiciones de ingresos. Para saber cuáles son las condiciones de ingresos, consulte la tabla que está en la parte de atrás. Complete las secciones F1 y F2.	

RAP médico		Sección M1: Requisitos			
Nombre del residente con una condición médica que califica	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido		
Relación con el cliente del servicio público	<input type="radio"/> Cliente <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Otro _____				
Para ser elegibles para recibir el RAP médico, los solicitantes deben tener una condición médica, recibir un tratamiento o usar un equipo de soporte vital* que genere un consumo de servicios mayor de lo normal Y dar un formulario de certificación.					
<input type="checkbox"/> Formulario completo de certificado médico					
Adjunte el certificado de un médico con el membrete del médico, que incluya la siguiente declaración: “Certifico que el solicitante de la reducción de tarifas por necesidad médica de la Ciudad de Palo Alto mencionado arriba es actualmente mi paciente, reside en la dirección del servicio indicada arriba y necesita recibir cantidades de gas o de electricidad mayores de lo normal”. La carta debe incluir la fecha, la firma del médico, su número de licencia médica y su número de teléfono. Si usted tiene una condición médica permanente, puede pedir a su médico que lo indique en su carta, para que continúe recibiendo el descuento de manera automática todos los años.					
<small>*Código de Servicios Públicos (PUC) de California: definición de “equipo de soporte vital” según el artículo 739 (c) (2) (2) del PUC: un equipo de soporte vital es un equipo que usa un medio mecánico o artificial para mantener, recuperar o reemplazar una función vital o un equipo mecánico del que depende una persona para moverse dentro y fuera de los edificios. En este inciso, “equipo de soporte vital” incluye todos los siguientes equipos: todo tipo de respiradores, pulmones de acero, máquinas para hemodiálisis, bombas de aspiración, unidades de electroestimulación, almohadillas de presión y bombas de presión, carpas de nebulización, nebulizadores electrostáticos y ultrasónicos, nebulizadores con compresor, máquinas de IPPB y sillas de ruedas motorizadas. (Los solicitantes del RAP médico deben pasar directamente a la sección M2).</small>					

RAP económico		Sección F1a: Elegibilidad para programas de ayuda pública	
¿Recibe ayuda de algún programa del Gobierno? (SSI, TANF, CalFresh, WIC, etc.)?			
<input type="radio"/> No. (Si usted o los miembros de su grupo familiar NO están inscritos en alguno de estos programas, pase a la sección F1b).		<input type="radio"/> Sí. Adjunte una copia de las cartas de asignación y las cartas de participación en el programa, fechadas, como prueba de que recibe beneficios. (Consulte la columna "Copia de los documentos necesarios" en la tabla de abajo).	
MARQUE todos los programas en los que participa (si corresponde).			
<input type="checkbox"/> CalFresh (cupones para comida) <input type="checkbox"/> LIHEAP		<input type="checkbox"/> Healthy Families A y B <input type="checkbox"/> WIC	
		<input type="checkbox"/> TANF (AFDC) <input type="checkbox"/> SSI	

RAP económico		Sección F1b: Verificación de ingresos del grupo familiar	
Use la tabla de abajo para calcular los ingresos totales del grupo familiar del año fiscal más reciente. Los ingresos del grupo familiar incluyen los ingresos de TODOS los miembros adultos del grupo familiar, incluyendo a los inquilinos.			

Fuente de ingresos	Cantidad recibida	Copia de los documentos necesarios
Salarios, sueldos y comisiones (ingresos totales del grupo familiar)	\$	Declaración de impuestos del año fiscal más reciente, formulario W2, formulario 1099 (R), los dos talones de cheques más recientes y los tres estados de cuenta corriente más recientes
Beneficios por desempleo u horario reducido	\$	Carta de desempleo/carta del empleador que demuestre el horario reducido
Jubilación/pensiones, IRA/anualidades, planes 401(k)/457, beneficios del seguro social, SSP, SSDI, compensación a trabajadores, beneficios por desempleo, beneficios para veteranos, pagos de crianza temporal, anualidades	\$	Declaración de impuestos del año fiscal más reciente y cartas de asignación o estados de cuenta (para demostrar el depósito directo)
Medicaid/Medi-Cal, SSI, CalFresh (cupones para comida), WIC, CalWorks (ayuda en efectivo)	\$	Cartas de asignación, cartas de participación en el programa (fechadas)
Subsidios, préstamos y becas escolares u otra ayuda	\$	Cartas de asignación, estados de cuenta (fechados)
Acuerdos legales o de seguros	\$	Documentos de acuerdos (fechados)
Manutención de menores y del cónyuge	\$	Declaración de impuestos del año fiscal más reciente, documentos legales (fechados)
Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o fondos mutuos (extranjeros y nacionales)	\$	Declaración de impuestos del año fiscal más reciente
Ganancias de capital, ingresos por alquileres o por regalías	\$	Declaración de impuestos del año fiscal más reciente
Ganancias por trabajo independiente	\$	Declaración de impuestos más reciente con todos sus anexos, incluyendo el Anexo C
Otra	\$	Declaración de impuestos del año fiscal más reciente
Ingresos brutos combinados totales actuales del grupo familiar antes de impuestos, de TODAS las personas adultas, incluyendo los inquilinos, que residen en esta dirección del servicio.	\$	\$0.00 (Suma de la columna "Cantidad recibida")

Adjunte copias de todos los documentos necesarios como prueba de ingresos de todos los residentes. (Consulte la columna "Copia de los documentos necesarios" en la tabla de arriba). Si ALQUILA, adjunte una copia del contrato de alquiler en la que se mencionen todos los inquilinos.

Niveles de ingresos que califican para recibir el descuento por necesidades económicas*		
Tamaño del grupo familiar	Mensuales	Anuales
1	\$5,400	\$64,550
2	\$6,150	\$73,750
3	\$6,900	\$82,950
4	\$7,700	\$92,150
5	\$8,300	\$99,550
6	\$8,900	\$106,900
7	\$9,500	\$114,300
8	\$10,150	\$121,650
Por cada persona extra sumar:		\$7,400

* Niveles basados en el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario (Department of Housing and Community Development) estatal y federal que entraron en vigor el 1 de julio de 2024.

Programa de Ayuda con las Tarifas (RAP) médico o económico		Secciones M2 y F2: Acuerdos y firma del cliente de servicios públicos	
Las copias de la documentación deben presentarse con esta solicitud.			
Envíe la solicitud y la documentación por fax al (650) 326-4941 o por correo a Utilities Credit and Collections, 250 Hamilton Avenue, Ground Floor, Palo Alto, CA 94301.			
Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que di en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto dar la documentación para la determinación de elegibilidad para el RAP. Acepto informar a CPAU si ya no califico para recibir las reducciones de tarifas según las directrices vigentes del RAP. Entiendo que por las reducciones de tarifas obtenidas usando información errónea que dio el cliente se exigirá el reembolso de hasta doce meses de reducciones de tarifas acumuladas. Firmando abajo, doy mi consentimiento para que CPAU use la información que di para determinar mi elegibilidad para el RAP.			
Firma del solicitante:		Fecha:	

Si tiene preguntas sobre esta solicitud, llame a Servicio al Cliente al (650) 329-2161.