

帕羅奧圖市 (Palo Alto) 公用事業 - 住戶客戶  
年度費率援助計畫 (Rate Assistance Program, RAP) 申請表

如需費率援助計畫的資訊請洽客戶服務部，電話為 (650) 329-2161  
辦公時間：週一至週四上午 8:00 至下午 5:30，週五上午 8:00 至下午 4:30

申請方式

線上：	電子郵件：	郵寄：
在 <a href="http://CityofPaloAlto.org/RAP">CityofPaloAlto.org/RAP</a> 線上申請進行迅速登記	將填妥的申請表照相或是掃描，再以電子郵件寄到 <a href="mailto:CreditCollections@cityofpaloalto.org">CreditCollections@cityofpaloalto.org</a>	將填妥的申請表郵寄到 Utilities Credit and Collections, 250 Hamilton Ave, Ground Floor, Palo Alto, CA 94301
	傳真：將填妥的申請表和文件傳送到 (650) 326-4941。	

客戶資訊		○ 新申請		或		○ 續約	
帳戶持有人姓名 (須與 CPAU 帳單上的相同*)				CPAU 帳戶號碼 (以 30 開頭的 8 位數字)			
				3	0		
服務地址				郵寄地址 (若與服務地址不同)			
城市		州	郵遞區號	城市		州	郵遞區號
帕羅奧圖		加州					
電話號碼				電子郵件地址			
(			)	-			
全天在家總人數：		成人		兒童 (18 歲以下)		總計	

類別指出您所申請的類別 (單選)

<input type="radio"/> <b>醫療 RAP</b> ：瓦斯費和/或電費可享 <b>25%</b> 的折扣。適用於因健康問題、治療或設備會消耗比正常公用事業用量要高的居民。請填寫 <b>M1</b> 和 <b>M2</b> 部分。	<b>備註：</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>有資格獲得財務和醫療折扣的客戶應申請財務折扣，因該折扣提供的優惠最完整。</li> <li>申請人取得財務或醫療折扣後，不得同時領取任何其他折扣。</li> <li>該折扣不適用於公用事業用戶稅或任何其他公用事業項目。公用事業用戶稅以折扣前的費用計價。</li> <li>申請人需要每年申請資格，當資格變更時，客戶有責任通知公用事業部門 (Utilities Department)。</li> <li>每位客戶僅限使用一個公用事業帳號取得折扣。</li> </ul>
<input type="radio"/> <b>財務 RAP</b> ：瓦斯和電費可享 <b>25%</b> 的折扣，排水溝費享 <b>20%</b> 的折扣。收入必須符合資格。請參考背面的收入資格。請填寫 <b>F1</b> 和 <b>F2</b> 部分。	

**醫療 RAP** M1 部分：要求

患有符合資格醫療病症的居民姓名	名字	中間名	姓氏
與公用事業客戶的關係：	<input type="radio"/> 自己	<input type="radio"/> 子女	<input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 其他 _____

若要符合醫療 RAP 的資格，申請人必須擁有會消耗比正常公用事業用量要高的健康問題、治療或維生設備\*，並須提供證明書。

填妥的醫生證明書

請隨附醫生在醫生信箋上開立的證明，證明需包含以下聲明：

「我證明上述申請帕羅奧圖市醫療需求減價的申請人目前為我的病患，該病患居住在上述服務地址，必須使用比正常用量要高的瓦斯及/或電力。」

信件中應附上日期、醫生簽名、醫療執照號碼及電話號碼。若您有永久性健康問題，可請醫生在信中說明，如此一來，您的折扣可每年自動延續。

\*加州公用事業代碼：維生設備 (定義) PUC 739 (c) (2) (2) 「維生設備」是指利用機械或人工方法來維持、恢復或取代重要身體機能的設備，或是賴以在建築物內外移動的機械設備。此段落中所使用的「維生設備」包含下列各項物品：各種類型的呼吸器、鐵肺、血液透析機、抽吸器、電神經刺激器、壓力墊和泵、氣霧帳篷、靜電和超音波霧化器、壓縮機、IPPB 機和電動輪椅。(醫療申請人請跳至 M2 部分)

<b>財務 RAP</b>		<b>F1a 部分：公共援助計畫資格</b>	
您目前是否接受任何政府計畫 (SSI、TANF、CalFresh、WIC 等) 的援助？			
<input type="radio"/> 否 (若您或家人未加入這些計畫，請跳至 F1b 部分)		<input type="radio"/> 是 - 請隨附註明日期的核准發放函及參與計畫函影本，作為獲取福利的收據證明 (請參閱下表「必要文件影本」欄)。	
請勾選您所參加的所有計畫 (若適用)。			
<input type="checkbox"/> CalFresh (食物券) <input type="checkbox"/> LIHEAP		<input type="checkbox"/> 健康家庭 (Healthy Families) A 和 B <input type="checkbox"/> WIC	
		<input type="checkbox"/> TANF (AFDC) <input type="checkbox"/> SSI	

<b>財務 RAP</b>		<b>F1b 部分：家庭收入證明</b>	
請利用下表計算最近繳稅年度的家庭總收入。家庭收入包括家中所有成人的收入，包括房客。			
收入來源	收到金額	必要文件影本	
工資、薪水、佣金 (家庭總收入)	\$	最近一年的報稅表、W2、1099 (R)、最近的兩張支票存根和最近的三份支票帳戶對帳單	
失業或減少的工作時數	\$	失業信函/雇主出具顯示減少工作時數的信函	
退休金/養老金、IRA/年金、401k/457、社安金、SSP、SSDI、工傷賠償、失業救濟金、退伍軍人福利、寄養費、年金	\$	最近一年的報稅單和核准發放函或是銀行對帳單 (以顯示直接存款金額)	
Medicaid/ Medi-Cal、SSI、CalFresh (食物券)、WIC、CalWorks (現金援助)	\$	註明日期的核准發放函、參與計畫函	
學校補助金、學生貸款、獎學金或其他援助	\$	註明日期的核准發放函、對帳單	
保險和/或法律和解金	\$	註明日期的和解文件	
子女和配偶撫養費	\$	最近一年的報稅單、註明日期的法院文件	
存款、股票、債券和互惠基金所產生的利息和/或股息 (國外及國內)	\$	最近一年的報稅單	
資本利得、租金或權利金收入	\$	最近一年的報稅單	
自雇收入	\$	最近一年的報稅單，連同所有附表，包括附表 C	
其他	\$	最近一年的報稅單	
目前居住在該服務地址的所有成年人 (包括房客) 的稅前家庭收入總金額	\$	\$ 0.00 (「收到金額」欄中的總數)	
<b>請隨附所有居民的所有必要文件影本作為收入證明</b> (請見上表中「必要文件影本」欄)。如有租賃，請隨附一份列明所有房客的租賃合約影本。			

財務需求折扣的合格收入標準*		
家庭人數	每月	每年
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
每增一位，增加		\$7,400

\* 依據 2024 年 7 月 1 日生效的州及聯邦住房和社區發展部標準

<b>醫療或財務 費率援助計畫 (RAP)</b>		<b>M2 與 F2 部分： 合約與公用事業客戶簽名</b>	
文件影本必須與本申請表一起繳交。			
申請表與文件應傳真至 (650) 326-4941，或郵寄至： Utilities Credit and Collections, 250 Hamilton Avenue, Ground Floor, Palo Alto, CA 94301			
本人依據偽證懲處條例聲明，本申請表中所提供的資訊均屬真實無誤。本人同意提供確認 RAP 資格的文件。本人同意，當本人不再符合獲得目前 RAP 規定的降價資格時，本人會通知 CPAU。本人了解，如果使用客戶提供的錯誤資訊來獲得降價，本人必須償還高達十二個月的累計降價。在下方簽名，即表示本人同意 CPAU 使用本人提供的資訊來確認本人是否符合 RAP 資格			
申請人簽名:		日期:	

若要查詢您的申請，請致電客戶服務部，電話為 (650) 329-2161。