

SOLICITUD DE EXONERACIÓN DE LOS USUARIOS DE SUMINISTROS/SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS LIFELINE PARA AGUA Y ELECTRICIDAD

(Solo para Residentes de la Ciudad de Los Angeles)

Por favor
Imprimir en forma legible
Enviar la solicitud completa a:

OFFICE OF FINANCE
UTILITY TAX EXEMPTION UNIT
P.O. BOX 53233
LOS ANGELES, CA 90053-0233

MARCAR UNO
 Solicitud nueva
 Cambio de Nombre
 Cambio de Dirección
 Re-Certificación

ESTOY SOLICITANDO COMO
 Ciudadano de la Tercera Edad
 Ciudadano Discapacitado

FOR OFFICE USE ONLY			
	MONTH	DAY	YEAR
DATE Received	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Account Number	<input type="text"/>		

Nombre	Inicial	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección donde se proveen los servicios		Numero de departamento/espacio
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Postal (si es diferente a la anterior)		Numero de departamento/espacio
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Numero de Seguro Social
(solo para el propósito de documentación)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Residencia Casa Móvil

Teléfono durante el día:
Área Teléfono

Fecha de Nacimiento:
Mes Día Año

Favor de incluir una copia de su factura mas reciente para cada servicio por el cual busca la exoneración. La exoneración no puede ser aprobada si el nombre que aparece en la cuenta no es el mismo que aparece en la solicitud.

<input type="checkbox"/> Departamento de Agua y Energía Se incluye el servicio en su renta?	Nombre <input type="text"/>	Inicial <input type="text"/>	Apellido <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Número de cuenta <input type="text"/>		
Número de personas en el hogar <input type="text"/>	Servicios Lifeline Solicitados: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua		

<input type="checkbox"/> Compania de Gas del sur de California Se incluye el servicio en su renta?	Nombre <input type="text"/>	Inicial <input type="text"/>	Apellido <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Número de cuenta <input type="text"/>		

<input type="checkbox"/> Compañía Telefónica Local	Nombre <input type="text"/>	Inicial <input type="text"/>	Apellido <input type="text"/>
Nombre de la Compañía <input type="text"/>			

Teléfono del domicilio	Área <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Teléfono adicional para un miembro del domicilio	Área <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
------------------------	---------------------------	-------------------------------	--	---------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/> Teléfono Celular	Nombre <input type="text"/>	Inicial <input type="text"/>	Apellido <input type="text"/>
Nombre de la Compañía <input type="text"/>			
Número de teléfono <input type="text"/>			

Firma requerida al reverso

Certificación
(Favor de leer atentamente)

1. Soy usuario de suministros residenciales y la dirección donde se reciben los servicios está dentro de la Ciudad de Los Ángeles y soy responsable por el pago de las cuentas de servicio, las cuales están a mi nombre.
2. Soy:
 - a. **Un ciudadano de la tercera edad.** 62 años o mayor, o un
 - b. **Ciudadano Discapacitado** un individuo será considerado discapacitado si no puede ocuparse en empleo o actividad lucrativa substancial por motivos médicos o mentales determinables, los que pueden resultar en muerte o que son de duración prolongada, continua, e indefinida.
3. Los ingresos combinados ajustados (son usados para determinar impuestos personales del Estado de California.) de todos los miembros del hogar donde resido es **menor de \$36,050 para el año calendario anterior;**
4. Los impuestos cargados a la cuenta de suministros descrita anteriormente no serán pagados por una agencia pública o por fondos recibidos de una agencia pública con el propósito específico del pago de dichos impuestos.

POR FAVOR SEGUIR TODAS LAS INSTRUCCIONES. FORMULARIOS INCOMPLETOS NO SERAN PROCESADOS.

(Para acortar el tiempo de procesamiento de su solicitud, por favor entregue todos los documentos requeridos pertinentes a su caso, como persona de tercera edad o discapacidad, junto con este formulario completado y envíe de inmediato a la dirección que se encuentra en la parte delantera de este formulario.)

SI USTED ES UN CIUDADANO DE TERCERA EDAD, por favor entregue:

1. Prueba de Edad – Adjunte una copia de su licencia de conducir o tarjeta de identificación del Estado de California u otro documento aceptable que compruebe su edad;
2. Una copia entera de su cuenta del Los Ángeles Department of Water and Power (DWP) que muestre el nombre del aplicante y la dirección de servicio actual. (Favor de no enviar solamente la porción de pago.);
3. Una copia entera de su cuenta de Gas que muestre el nombre del aplicante y la dirección de servicio actual. (Favor de no enviar solamente la porción de pago.) Si no le es pertinente, escriba “NINGUNA”
4. Una copia entera de su cuenta de teléfono con el nombre del aplicante, dirección de servicio actual, impuesto de la Ciudad de Los Ángeles y, si es pertinente, la página que muestra el nombre de su proveedor de servicios de llamadas de larga distancia. (Favor de no enviar solamente la porción de pago.) Si no le es pertinente, escriba “NINGUNA.”
5. Comprobante de Ingresos del solicitante y de cada miembro del hogar (según lo indicado en la solicitud) **para el año calendario anterior al año fiscal para el cual se busca la exoneración. Por favor incluya una copia del Formulario 540 de su declaración de impuestos para residentes del Estado de California.** Estado de cuenta de sus beneficios del Seguro Social, carta con el monto de beneficios recibidos del Seguro Social, una carta de Asistencia General (General Relief) o de Cal Works/AFDC (copia entera.) Si ninguno de los documentos anteriores es pertinente a su caso, usted debe proveer una carta notariada que demuestre sus ingresos. **Nota: No se aceptarán copias de cheques de ningún condado, Formularios W-2, Estado de ganancias y deducciones (talón de cheque de salario) o Formulario 1040 de su declaración de impuestos del Gobierno Federal.**

SI USTED ES UN CIUDADANO DISCAPACITADO, por favor entregue:

1. Prueba de discapacidad – Una certificación reciente (dentro de los últimos dos años) firmada por un medico licenciado quien atestigua que usted esta físicamente o mentalmente discapacitado y que su condición podría resultar en la muerte o es de duración prolongada continua e indefinida, por lo tanto, no permitiendo que se ocupe en empleo o actividad lucrativa, y
2. **Todos los documentos requeridos bajo “Ciudadano de la Tercera Edad” (ver anteriormente), excepto el requisito numero 1, prueba de edad.**

Personas quienes califiquen para la porcion LADWP del descuento, pueden tambien calificar para el descuento del departamento de Salubridad (Sanitation). Su elegibilidad sera revisada dos veces al año. Para nuevos clientes, la Tarifa de Descuento perteneciente al programa Lifeline del DWP entrará en vigencia durante el primer ciclo de facturación completo luego de ser aprobada su solicitud por el DWP. Clientes existentes continuaran recibiendo el programa siempre que mantengan elegibilidad. Favor de notificar a la Oficina de Finanzas de la Ciudad acerca de cualquier cambio en la información que usted proporcionó en este documento. La solicitud debe de ser completada dentro de un periodo de 90 días a partir de un cambio de nombre o domicilio para poder mantener su exoneración. Un cambio de apartamento, dentro del mismo edificio, constituye un cambio de dirección. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, por favor llame al Utility Tax Exemption Unit (213) 978-3050; personas con problemas de audición (TTY) llamen al (213) 978-1532. Si llama del código (818) por favor llame al (818) 756-8121 y luego proceda a marcar 978-3050; personas con problemas de audición (TTY) llamen al (213) 978-1532. Para preguntas sobre las tarifas del programa Lifeline del DWP, favor de llamar al 1-800-342-5397.

Yo certifico, bajo pena de perjurio y bajo las leyes del Estado de California que la información anterior es verdadera y correcta. Al completar este formulario y presentar esta solicitud a la Oficina de Finanzas en forma electrónica, como correo electrónico (email), yo estoy de acuerdo que el formulario presentado tiene el mismo efecto legal, validez y cumplimiento que una forma presentada via el Servicio Postal o en persona. También estoy de acuerdo que el formulario mencionado anteriormente representa legalmente un documento enviado por mi o mi representante legal.

Yo NO deseo participar en otros programas de descuentos aunque yo pueda calificar; por favor NO comparta mi información.

Firma

Mes Día Año

Fecha