



# City of Gonzales

Council Member Liz Silva, Council Member Lorraine Worthy, Council Member Maria Orozco

Mayor Jose L. Rios, Mayor Pro Tem Scott Funk, City Manager Carmen Gil

*¡Pequeño pueblo, gran corazón! ~ ¡Pueblo chico, corazón*



## Programa de Asistencia de Servicios Públicos

La Ciudad de Gonzales está ofreciendo un Programa de Asistencia de Servicios Públicos para personas de bajos ingresos que califiquen. Este programa ofrece un descuento anual de \$180 a los residentes que califiquen. El programa es por orden de llegada a medida que hay fondos disponibles. El Programa de Asistencia de Servicios Públicos no es retroactivo. Las aplicaciones estarán disponibles empezando el 1ro de octubre de cada año y cierra el 30 de noviembre a las 5 p.m. Si se aprueban, los reembolsos se otorgarán en diciembre (antes de la fecha de vencimiento) como un crédito en su factura de servicios públicos. Se le enviarán notificaciones por correo informándole de su estado de elegibilidad.

### CALIFICACIONES

- 1) La factura de servicios públicos debe estar a su nombre.
- 2) Debe vivir en la dirección donde se recibirá el descuento.
- 3) Alguien en su hogar debe estar inscrito en un programa de asistencia pública calificado.
- 4) Se le pedirá que proporcione una prueba de elegibilidad.
- 5) Este programa es para clientes residenciales que tienen hogares con medidores individuales. Si vive en una estructura multifamiliar con un medidor principal o compartido, no califica.
- 6) Debe volver a presentar una solicitud para el programa cada dos años.
- 7) No puede tener más de dos (2) multas durante 12 meses al otorgarse el reembolso. Esto incluye cargos por pago atrasado y cargos por sobregiro.
- 8) Debe notificar a la Ciudad de Gonzales si su hogar ya no califica para el descuento por bajos ingresos.

### PROGRAMAS DE ASISTENCIA CALIFICADA

Usted es elegible si alguien en su hogar está inscrito en uno o más de los siguientes programas de asistencia:

Oficina de Asuntos Indígenas Asistencia General	Medicaid/Medi-Cal para Familias A y B
CalFresh SNAP	Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)
CalWORKS/Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
CARE (descuento de la compañía de gas y electricidad)	Tribal TANF
Elegible para los ingresos de Head Start (solo tribal)	Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)	

Si tiene preguntas sobre su solicitud o los documentos requeridos, comuníquese con la Ciudad de Gonzales al 831-675-5000 o venga la oficina de la Ciudad durante el horario comercial normal, de lunes a viernes desde las 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



# City of Gonzales

Council Member Liz Silva, Council Member Lorraine Worthy, Council Member Maria Orozco

Mayor Jose L. Rios, Mayor Pro Tem Scott Funk, City Manager Carmen Gil

*¡Pequeño pueblo, gran corazón!~ ¡Pueblo chico, corazón*



## Solicitud del Programa de Asistencia de Servicios Públicos

### PASO 1: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre (en la factura del agua): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### PASO 2: ELEGIBILIDAD

1) Alguien en mi hogar está inscrito en uno o más de los siguientes (seleccione todos los que correspondan):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oficina de Asuntos Indígenas Asistencia General        | <input type="checkbox"/> Energía para el hogar de bajos ingresos. Programa de Asistencia (LIHEAP) | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> CalFresh SNAP  | <input type="checkbox"/> Medi-Cal para Familias A y B   | <input type="checkbox"/> Tribal TANF                              |
| <input type="checkbox"/> CARE (compañía de descuento de gas y electricidad)     | <input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)                          | <input type="checkbox"/> Programa de Mujeres, bebés y niños (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Elegible para los ingresos de Head Start (Solo tribal) |   |   |

### PASO 3: DECLARACIÓN

Al firmar esta solicitud, certifico que toda la información y los documentos de respaldo proporcionados para esta solicitud son verdaderos y correctos. Me comprometo a proporcionar pruebas de elegibilidad si se me solicita. Estoy de acuerdo en notificar a la Ciudad de Gonzales si ya no califico para la Asistencia de Servicios Públicos para Personas de Bajos Ingresos. Entiendo que, si recibo el descuento sin calificar, se me pedirá que devuelva el descuento que recibí.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### Office Use Only:

Date & Time Received: \_\_\_\_\_

Does the applicant qualify?  Yes  No

Received By: \_\_\_\_\_

Are all documents attached?  Yes  No