



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 recursos que califiquen. Este programa ofrece un descuento anual de \$200 a los residentes que califiquen. El programa se ofrecerá a medida que hay fondos disponibles y a primeros solicitantes. El Programa de Asistencia de Servicios Públicos no es retroactivo. Las solicitudes estarán disponibles comenzando el 10 de septiembre del 2025 y deben ser entregadas en nuestras oficinas más tardar del día 14 de noviembre del 2025 a las 5 p.m. Si su solicitud es aprobada, los reembolsos se darán en diciembre (antes de la fecha de vencimiento) como un crédito en su factura de servicios públicos. Se le enviarán notificaciones por correo informándole sobre el estatus de su solicitud.

CALIFICACIONES

- 1) La factura de servicios públicos debe estar a su nombre.
- 2) Debe vivir en el domicilio 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 solicitar para este programa cada dos años.
- 7) No debe tener más de tres (3) multas durante 12 meses al otorgarse el reembolso. Esto incluye cargos por pago atrasado y cargos por sobregiro.
- 8) Debera 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 Oficina del Ayuntamiento al teléfono al teléfono 831-675-5000 o puede visitarnos durante horario de oficina; 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: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Dirección de Correo 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):

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Oficina de Asuntos Indígenas Asistencia General | ☐ Energía para el hogar de bajos ingresos. Programa de Asistencia (LIHEAP) | ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) |
| ☐ CalFresh SNAP | ☐ Medi-Cal para Familias A y B | ☐ Tribal TANF |
| ☐ CARE (compañía de descuento de gas y electricidad) | ☐ Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) | ☐ Programa de Mujeres, bebés y niños (WIC) |
| ☐ 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