



CALIFORNIA
AMERICAN WATER

WE KEEP LIFE FLOWING™



ASSISTANCE FOR LOW-INCOME CUSTOMERS

LOW-INCOME DISCOUNT PROGRAM / PROGRAMA DE DESCUENTO PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS



TO QUALIFY FOR H₂O / REQUISITOS PARA EL PROGRAMA H₂O

- You must be an individually metered or flat-rate residential customer, or have residential sewer services with California American Water. / **Usted debe ser un cliente residencial con contador individual, o tener servicios residenciales de alcantarillado con California American Water.**
- The water bill must be in your name. / **La factura de agua debe estar a su nombre.**
- You may not be claimed as a dependent on another person's tax return. / **No puede figurar como dependiente en la declaracion de impuestos de otra persona.**
- You must reapply if you change your personal residence. / **Debe volver a presentar la solicitud cada vez que cambie su lugar de residencia.**
- You must renew your application every two years, or sooner, if requested. / **Debe renovar su solicitud cada dos años, o antes, si se le solicita.**
- You or someone in your household must participate in a qualifying public assistance program (see list of qualifying programs in the application on the reverse) OR your total annual income cannot exceed that on the chart below. Total income means the total income of ALL persons living full-time in your home as reported on Federal Income Tax Form 1040. / **Usted o alguien en su hogar debe participar en un programa de asistencia publica que califique (ver por detras del formulario de solicitud la lista de programas que califican) O el total de sus ingresos anuales no puede superar el de la grafica que hay a continuacion. El total de los ingresos significa los ingresos de TODAS las personas que viven de tiempo completo en su hogar, de acuerdo con lo que hayan reportado en el Formulario de Impuestos Federales 1040.**
- California American Water must be notified within 30 days if you become ineligible for the H₂O program. / **Debera notificar a California American Water dentro de los 30 dias si deja de ser elegible para el programa H₂O.**

ABOUT THE PROGRAM / INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA

California American Water's H₂O Help to Others Program™ (H₂O) provides assistance to low-income families. / *El programa de California American Water titulado Programa H₂O de Ayuda a Otras™ (H₂O) ofrece ayuda a familias de bajos Ingresos.*

Eligible members are determined based on a household's gross yearly income (see the income guidelines chart) or participation in qualifying public assistance programs. If your household meets the necessary requirements, assistance will be provided in the form of a monthly discount on your water or sewer charges. / *Para determinar si los miembros califican, se utilizan los ingresos brutos anuales del hogar (ver la grafica de pautas sobre ingresos) o la participacion en programas de asistencia publica. Si su hogar llena los requisitos necesarios, se le dara asistencia en forma de un descuento mensual en sus cargos de agua y alcantarillado.*

For assistance, call (888) 237-1333, or visit www.californiaamwater.com. See H₂O application on the reverse side. /

Para obtener ayuda, llame al (888) 237-1333, o ingrese a www.californiaamwater.com. Consulte la solicitud para el

INCOME GUIDELINES / PAUTAS SOBRE INGRESOS

(Effective June 1, 2019 to May 31, 2020 /

Vigentes desde el 1 de junio de 2019 hasta el 31 de mayo de 2020)

Number of Persons in Household / Cantidad de personas en el grupo familiar	Total Combined Annual Income / Ingreso anual combinado total
1-2	\$33,820
3	\$42,660
4	\$51,500
5	\$60,340
6	\$69,180
7	\$78,020
8	\$86,860
Each Additional Person, Add/ Cada Persona Adicional, Agregue	\$8,840

APPLICATION: H₂O Help to Others Program™ (H₂O) Low-Income Discount Program/Payment Assistance

APLICACION: para el programa H₂O Help to Others (H₂O) Programa de descuento para personas de bajos ingresos/ayuda con los pagos

Mall completed application to / Envie la solicitud completa a: **California American Water, 8657 Grand Avenue, Rosemead, CA 91770**

Email completed application with a copy of your water bill to / Envie por correo electronico la solicitud completa con una copia de su factura de agua a: **ca.paymentassistance@amwater.com**

Once you apply, you are enrolled for 2 years and/or if you recently signed up for service in the past year there is no need to complete another application. / Una vez que usted haya aplicado queda inscrito por dos años y/o si usted se inscribió recientemente para servicios en el último año no hay necesidad de completar otra aplicación.

Please fill out the form below and attach the following / Complete al formulario que figura a continuación y adjunte lo siguiente:

California American Water bill / La factura de California American Water

CALIFORNIA AMERICAN WATER CUSTOMER INFORMATION /

INFORMACION DEL CLIENTE DE CALIFORNIA AMERICAN WATER: (please type or print / imprima o escriba en letra de imprenta)

Customer Account Number / Numero de cuenta del cliente -

Have you applied/enrolled in this program in the past? / Ha aplicado usted antes o ha estado inscrito en este programa? Yes / Si No / No

Name / Nombre _____ Home Address / Direccion Particular _____
(As it appears on your bill/ Como aparece en su factura) (Do NOT use a P.O. Box/ NO utilice un apartado postal- PO Box)

City / Ciudad _____ CA Zip Code/Codigo Postal de CA _____

Mailing Address / Direccion de correo _____ City / Ciudad _____
(If different from above address / Si es diferente de la dirección que figura arriba)

CA Zip Code / Codigo Postal de CA _____ Daytime Telephone Number / Numero telefonico diurno - -
(Please include area code / Incluya el código de area)

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME/

INGRESO FAMILIAR MAXIMO: (effective June 1, 2019 to May 31, 2020 / vigentes desde el 1 de junio de 2019 hasta el 31 de mayo de 2020)

Your Household's gross annual income may not exceed these CARE income guidelines. / Su ingreso anual bruto familiar no debe superar estas pautas de Ingresos de CARE.

Number of Persons in Household/ Cantidad de persona en e grupo familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	Each additional Person, Add / Casa Persona Adicional, Agregue
Total Combined Annual Incomes/ Ingreso anual combinado total	\$33,820	\$42,660	\$51,500	\$60,340	\$69,180	\$78,020	\$86,860		\$8,840

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY/ ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PUBLICA

(CHECK all programs you or someone in your household participate in / MARQUE todos los programas en los que usted o alguien en su grupo familiar participan)

- Medicaid/Medi Cal (underage 65)/Medicade / Medi Cal (menor de 65 años de edad)
- Medicaid/Medi-Cal (age 65 end over)/ Medicade/ Medi-Cal (de 65 años de edad y mayores)
- Supplemental Security Income (SSI) / Programa federal de seguridad de ingreso suplementario
- National School Lunch Program (NSLP) / Programa nacional de almuerzos escolares
- Women, Infants and Children (WIC)/ Programa para mujeres, lactantes y niños
- Healthy Families A & B/ Programas Healthy Families A y B(Familias Saludables)
- CalWORKs (TANT) or Tribal TANT / CalWORKs (TANT) o TANT Tribal
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) / Programa de ayuda para energia para hogares con recursos limitados
- CalFresh/SNAP (Food Stamps)/ CalFresh/SNAP (Sellos para alimentos)
- Bureau of Indian Affairs General Assistance/ Ayuda General de la Oficina de Asuntos Indigenas
- Head Start Income Eligible (Tribal Only)/ Elegibilidad de ingresos para el programa Head Start (Tribal solamente)

HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY/ ELIGIBILIDAD DEL INGRESO FAMILIAR

CHECK all sources of household income/ MARQUE todas las fuentes de ingreso familiar)

- Pensions / Pensiones
- Social Security / Segura Social
- SSP or SSDI / SSP o SSDI
- Interests/ Dividends from: Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts / Intereses/Dividendos de: ahorros, acciones, bonos, o cuentas de jubilacion
- Wages and/or Profits from Self-Employment/ Salarios o ganancias de empleo por cuenta propia
- Rental or Royalty Income / Ingreso por alquileres o regalías
- Unemployment Benefits / Beneficios por desempleo
- Disability or Workers Compensation Payments / Pagos por incapacidad o de Compensacion laboral
- Scholarships, Grants or other aid for living expenses / Becas escolares, subvenciones u otras ayudas para gastos de vida
- Insurance or Legal Settlements / Indemnizaciones de seguros o judiciales
- Spousal or Child Support / Cuotas de manutencion de conyuge o de hijos
- Cash and/or Other Income / Efectivo u otros ingresos

Number of people living in your household* + =
Cantidad de personas que vivcn en su hogar* Adults/Adultos Children/Ninos Total/Total

Total Annual Household Income* / Ingreso familias anual total* \$, *REQUIRED/ NECESARIO

DECLARATION / DECLARACION: (please read carefully and sign below/ lea cuidadosamente y firme al pie)

I state that the information I have provided in this application is true and correct I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform California American Water if I no longer qualify to receive the discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that California American Water can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs. / Yo afirmo que la informacion que he suministrado en esta solicitud es verdadera y correcta. Acuerdo presentar comprobantes de ingresos si se me solicita. Acuerdo informar a California American Water si dejo de calificar para recibir descuentos. Entiendo que si recibo el descuento sin ser elegible para ello, puedo estar obligado a devolver el monto de descuento que haya recibido. Entiendo que California American Water puede compartir mi informacion con otras companias de servicios publicos o sus agentes para mi inscripcion en sus programas de ayuda.

X _____
California American Water Customer Signature / Firma del cliente de California American Water O fill in circle if guardian or power of attorney/ rellene el círculo si es tutor o posee un poder legal Date / Fecha



COMMUNITY. ONE MORE WAY WE KEEP LIFE FLOWING



CALIFORNIA AMERICAN WATER

(888) 237-1333 • www.californiaamwater.com

Printed on paper containing recycled fiber. Please recycle.