Low Income Program Opt Out Cover Letter in English

See Attachment Form

California American Water

P.O. Box 578, AltonIL62002
1-888-237-1333

Account Number:
Premise Number:

Enrollment in H2O - Help to Others Low Income Assistance Program

Dear California American Water Customer:

If you want to lower your monthly water bill - you don't have to do a thing.

Because you are currently qualified under the California Alternate Rate Energy (CARE) program and are receiving rate assistance from your electric and gas utility you will automatically receive a discount on your water bill.

Why would you receive a discount on your water bill?

The H2O - Help to Others low income assistance program provides discounts toward the water bills of eligible low-income households who meet the income qualifications and other criteria listed on the attached form.

What if you DON'T want to receive the discount or no longer qualify?

If you do not want the discount or no longer meet the qualifications, please fill out the top portion of the attached form, mark the "opt out" box and return to us.

For more information on the program or for other questions please visit our website www.californiaamwater.com or call us at 1-888-237-1333.

Sincerely,

California American Water

Low Income Program Opt Out Form in English

See Attachment Form

California American Water

H2O Help to Others Program™ (H2O)
Low Income Assistance Program

CALIFORNIA AMERICAN WATER CUSTOMER INFORMATION: (please type or print)

Customer Account Number ☐☐■☐☐☐☐☐☐☐■☐

Name _____ **Telephone (____)**_____
As it appears on your bill

Home Address _____ **City** _____ **CA Zip Code**_____
Do NOT use a P.O. Box

Mailing Address _____ **City** _____ **CA Zip Code**_____
If different from above address

☐ **OPT OUT - I do not wish to be enrolled in the Low Income Assistance Program**

PROGRAM INFORMATION

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: (effective June 1, 2012 to May 31, 2013)
Your Household's gross annual income may not exceed these CARE income guidelines.

Household Size	Total Combined Annual Income
1	$ 22,340
2	$ 30,260
3	$ 38,180
4	$ 46,100
5	$ 54,020
6	$ 61,940
7	$ 69,860
8	$ 77,780
Each Additional Person	$ 7,920

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY:

- ○ Medicaid/Medi-Cal (under age 65)
- ○ Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over)
- ○ Supplemental Security Income (SSI)
- ○ National School Lunch Program (NSLP)
- ○ Women, Infants and Children (WIC)
- ○ Healthy Families A & B
- ○ CalWORKs (TANF) or Tribal TANF
- ○ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- ○ CalFresh/SNAP (Food Stamps)
- ○ Bureau of Indian Affairs General Assistance
- ○ Head Start Income Eligible (Tribal Only)

HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY:

- ○ Pensions
- ○ Social Security
- ○ SSP or SSDI
- ○ Interests/Dividends from: Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts
- ○ Wages and/or Profits from Self-Employment
- ○ Rental or Royalty Income
- ○ Unemployment Benefits
- ○ Disability or Workers Compensation Payments
- ○ Scholarships, Grants or other aid for living expenses
- ○ Insurance or Legal Settlements
- ○ Spousal or Child Support
- ○ Cash and/or Other Income

For Questions Call: 1-888-237-1333

Mail Completed Application to:
California American Water, 8657 Grand Avenue, Rosemead, CA 91770

Low Income Program Opt Out Cover Letter in Spanish

See Attachment Form

California American Water

P.O. Box 578, AltonIL62002
1-888-237-1333

Número de cuenta:
Premisa número: . .

Inscripción en H2O - Ayuda para Otros, Programa de asistencia para familias con recursos limitados

Estimado Cliente de California American Water:

Si desea reducir su factura mensual de agua - no tiene que hacer nada.

Dado que usted está actualmente calificado en virtud del programa California Alternate Rate Energy (CARE) y está recibiendo una tarifa preferencial de ayuda que le brinda su compañía de electricidad y gas, usted recibirá automáticamente un descuento en su factura de agua.

¿Por qué recibiría usted un descuento en su factura de agua?

El programa H2O - Help to Others, de asistencia para familias con recursos limitados ofrece descuentos para el pago de facturas de agua de aquellos grupos familiares elegibles con recursos limitados que cumplen las condiciones de ingreso y otros criterios enumerados en el formulario de adjunto.

¿Qué hacer si NO desea recibir el descuento o ya no califica para ello?

Si no desea recibir el descuento o si ya no califica para recibirlo, llene la parte superior del formulario adjunto, marque la casilla "opt out" (opción de exclusión) y devuélvanos el formulario.

Si desea más información sobre el programa o si tiene otras preguntas visite nuestro sitio Web www.californiaamwater.com o llámenos al 1-888-237-1333.

Atentamente,

California American Water

Low Income Program Opt Out Form in Spanish

See Attachment Form

California American Water

SOLICITUD para el programa H2O Help to Others
de asistencia para personas con bajos ingresos

INFORMACIÓN DEL CLIENTE DE CALIFORNIA AMERICAN WATER: (imprima o escriba en letra de imprenta)

Número de cuenta del cliente ☐☐■☐☐☐☐☐☐☐■☐

Nombre _____ **telefónico** (____)_____
Como aparece en su factura
Dirección Particular _____ **Ciudad** _____ **Código Postal de CA** _____
NO utilice un apartado postal (PO Box)
Dirección de correo _____ **Ciudad** _____ **Código Postal de CA** _____
Si es diferente de la dirección que figura arriba

☐ **NO DESEO PARTICIPAR - No quiero ser inscrito en el Programa de Asistencia**

INFORMACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN

INGRESO FAMILIAR MÁXIMO: (vigentes desde el 1 de junio de 2012 hasta el 31 de mayo de 2013)
Su ingreso anual bruto familiar no debe superar estas pautas de ingresos de CARE.

Cantidad de personas en el grupo familiar	Ingreso anual combinado total
1	$ 22,340
2	$ 30,260
3	$ 38,180
4	$ 46,100
5	$ 54,020
6	$ 61,940
7	$ 69,860
8	$ 77,780
Cada persona adicional	$ 7,920

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA:

- ○ Medicaid/Medi-Cal (menor de 65 años de edad)
- ○ Medicaid/Medi-Cal (de 65 años de edad y mayores)
- ○ Programa federal de seguridad de ingreso suplementario
- ○ Programa para mujeres, lactantes y niños (WIC)
- ○ Programas Healthy Families A y B (Familias Saludables)
- ○ CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
- ○ Programa de ayuda para energía para hogares con recursos limitados
- ○ CalFresh/SNAP(sellos para alimentos)
- ○ Ayuda General de la Oficina de Asuntos Indígenas
- ○ Programa nacional de almuerzos escolares
- ○ Elegibilidad de ingresos para el programa Head Start (Tribal solamente)

ELEGIBILIDAD DEL INGRESO FAMILIAR:

- ○ Pensiones
- ○ Seguro Social
- ○ SSP ó SSDI
- ○ Intereses/dividendos de: ahorros, acciones, bonos, o cuentas de jubilación
- ○ Salarios o ganancias de empleo por cuenta propia
- ○ Ingreso por alquileres o regalías
- ○ Beneficios por desempleo
- Pagos por incapacidad o de Compensación Laboral
- ○ Becas escolares, subvenciones u otras ayudas para gastos de vida
- ○ indemnizaciones de seguros o judiciales
- ○ Cuotas de manutención de cónyuge o de hijos
- ○ Efectivo u otros ingresos

Si tiene alguna pregunta llame al: 1-888-237-1333

Envie la solicitud completa a:
California American Water, 8657 Grand Avenue, Rosemead, CA 91770

Low Income Program Application and Renewal Cover Letter in English

See Attachment Form

California American Water

P.O. Box 578, AltonIL62002
1-888-237-1333

Account Number:
Premise Number:

Re-enrollment in H2O - Help to Others Low Income Assistance Program

Dear California American Water Customer:

California American Water is pleased to offer customers on fixed incomes or facing financial difficulties a discount on their water bill through our H2O- Help to Others program.

It has come to our attention that you are currently enrolled in the H2O - Help to Others Low Income assistance program but we do not have current enrollment information on file. Please fill out the attached application within 30 days.

If you do not wish to be enrolled in the program you do not need to fill out the form or take further action. For more information on the program or for other questions please visit our website www.californiaamwater.com or call us at 1-888-237-1333.

Sincerely,

California American Water

Low Income Program Application and Renewal form in English

See Attachment Form

California American Water

H2O Help to Others Program™ (H2O)
Low Income Assistance Program

CALIFORNIA AMERICAN WATER CUSTOMER INFORMATION: (please type or print)

Customer Account Number ☐☐■☐☐☐☐☐☐☐■☐

Name _____ **Telephone** (____)_____
As it appears on your bill

Home Address _____ **City** _____ **CA Zip Code**_____
Do NOT use a P.O. Box

Mailing Address _____ **City** _____ **CA Zip Code**_____
If different from above address

Number of people living in your household ☐☐ + ☐☐ = ☐☐
Adults + Children = Total

CERTIFICATION INFORMATION

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: (effective June 1, 2012 to May 31, 2013)
Your Household's gross annual income may not exceed these CARE income guidelines.

Household Size	Total Combined Annual Income
1	$ 22,340
2	$ 30,260
3	$ 38,180
4	$ 46,100
5	$ 54,020
6	$ 61,940
7	$ 69,860
8	$ 77,780
Each Additional Person	$ 7,920

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY:
CHECK all programs you or someone in your household participate in.

- ○ Medicaid/Medi-Cal (under age 65)
- ○ Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over)
- ○ Supplemental Security Income (SSI)
- ○ National School Lunch Program (NSLP)
- ○ Women, Infants and Children (WIC)
- ○ Healthy Families A & B
- ○ CalWORKs (TANF) or Tribal TANF
- ○ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- ○ CalFresh/SNAP (Food Stamps)
- ○ Bureau of Indian Affairs General Assistance
- ○ Head Start Income Eligible (Tribal Only)

HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY:
CHECK all sources of household income.

- ○ Pensions
- ○ Social Security
- ○ SSP or SSDI
- ○ Interests/Dividends from: Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts
- ○ Wages and/or Profits from Self-Employment
- ○ Rental or Royalty Income
- ○ Unemployment Benefits
- ○ Disability or Workers Compensation Payments
- ○ Scholarships, Grants or other aid for living expenses
- ○ Insurance or Legal Settlements
- ○ Spousal or Child Support
- ○ Cash and/or Other Income

TOTAL ANNUAL HOUSEOLD INCOME: $ ☐☐,☐☐☐

DECLARATION: *(please read carefully and sign below)*
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.

X _____ _____
California American Water Customer Signature ○ fill in circle if guardian or power of attorney — Date

For Questions Call: 1-888-237-1333

Mail Completed Application to:
California American Water, 8657 Grand Avenue, Rosemead, CA 91770

Low Income Program Application and Renewal Cover Letter in Spanish

See Attachment Form

California American Water

P.O. Box 578, AltonIL62002
1-888-237-1333

Número de cuenta:
Premisa número:

Re-inscripción en H2O - Ayuda para Otros, Programa de asistencia para familias con recursos limitados

Estimado Cliente de California American Water

California American Water tiene el agrado de ofrecer a sus clientes con ingresos fijos o con dificultades financieras un descuento en sus facturas de servicio de agua a través de nuestro programa H2O - Ayuda para otros.

Es de nuestro conocimiento que usted está inscrito actualmente en el programa de asistencia para familias con recursos limitados H2O - Ayuda para otros, pero no tenemos información de inscripción actualizada en nuestros registros. Atentamente le solicitamos llenar la solicitud adjunta en un plazo no mayor de 30 días.

Si no desea inscribirse en el programa, no es necesario que llene el formulario ni que realice acciones adicionales. Si desea más información acerca del programa o si tiene otras preguntas visite nuestro sitio Web www.californiaamwater.com o llámenos al 1-888-237-1333.

Atentamente,

California American Water

Low Income Program Application and Renewal Form in Spanish

See Attachment Form

California American Water

SOLICITUD para el programa H2O Help to Others
de asistencia para personas con bajos ingresos

INFORMACIÓN DEL CLIENTE DE CALIFORNIA AMERICAN WATER: (imprima o escriba en letra de imprenta)

Número de cuenta del cliente ☐☐■☐☐☐☐☐☐☐■☐

Nombre _____ **telefónico (____)** _____
Como aparece en su factura

Dirección Particular _____ **Ciudad** _____ **Código Postal de CA** _____
NO utilice un apartado postal (PO Box)

Dirección de correo _____ **Ciudad** _____ **Código Postal de CA** _____
Si es diferente de la dirección que figura arriba

Cantidad de personas que viven en su hogar ☐☐ + ☐☐ = ☐☐
Adultos + Niños = Total

INFORMACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN

INGRESO FAMILIAR MÁXIMO: (vigentes desde el 1 de junio de 2012 hasta el 31 de mayo de 2013)
Su ingreso anual bruto familiar no debe superar estas pautas de ingresos de CARE.

Cantidad de personas en el grupo familiar	Ingreso anual combinado total
1	$ 22,340
2	$ 30,260
3	$ 38,180
4	$ 46,100
5	$ 54,020
6	$ 61,940
7	$ 69,860
8	$ 77,780
Ingreso anual combinado total	$ 7,920

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA:
MARQUE todos los programas en los que usted o alguien en su grupo familiar participan.

- ○ Medicaid/Medi-Cal (menor de 65 años de edad)
- ○ Medicaid/Medi-Cal (de 65 años de edad y mayores)
- ○ Programa federal de seguridad de ingreso suplementario
- ○ Programa para mujeres, lactantes y niños (WIC)
- ○ Programas Healthy Families A y B (Familias Saludables)
- ○ CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
- ○ Programa de ayuda para energía para hogares con recursos limitados
- ○ CalFresh/SNAP(sellos para alimentos)
- ○ Ayuda General de la Oficina de Asuntos Indígenas
- ○ Programa nacional de almuerzos escolares
- ○ Elegibilidad de ingresos para el programa Head Start (Tribal solamente)

ELEGIBILIDAD DEL INGRESO FAMILIAR:
MARQUE todas las fuentes de ingreso familiar.

- ○ Pensiones
- ○ Seguro Social
- ○ SSP ó SSDI
- ○ Intereses/dividendos de: ahorros, acciones, bonos, o cuentas de jubilación
- ○ Salarios o ganancias de empleo por cuenta propia
- ○ Ingreso por alquileres o regalías
- ○ Beneficios por desempleo Pagos por incapacidad o de Compensación Laboral
- ○ Becas escolares, subvenciones u otras ayudas para gastos de vida
- ○ indemnizaciones de seguros o judiciales
- ○ Cuotas de manutención de cónyuge o de hijos
- ○ Efectivo u otros ingresos

INGRESO FAMILIAR ANUAL TOTAL: $ ☐☐, ☐☐☐

DECLARACIÓN: *(lea cuidadosamente y firme al pie)*
Yo afirmo que la información 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 información con otras compañías de servicios públicos o sus agentes para mi inscripción en sus programas de ayuda.

X _____ _____
Firma del cliente de California American Water ○ rellene el círculo si es tutor o posee un poder legal Fecha

Si tiene alguna pregunta llame al: 1-888-237-1333

Envíe la solicitud completa a:
California American Water, 8657 Grand Avenue, Rosemead, CA 91770

H_2O Help to Others Program™ Pamphlet

See Attachment Form

H_2O Help to Others Program™

CALIFORNIA AMERICAN WATER

INCOME GUIDELINES

(Effective June 1, 2012 to May 31, 2013)

Number of Persons in Household	*Total Combined Annual Income*
1	$ 22,340
2	$ 30,260
3	$ 38,180
4	$ 46,100
5	$ 54,020
6	$ 61,940
7	$ 69,860
8	$ 77,780
Each Additional Person	$ 7,920

TO QUALIFY FOR H_2O

- You must be an individually metered or flat-rate residential customer.
- The California American Water bill must be in your name.
- You may not be claimed as a dependent on another person's tax return.
- You must reapply each time you change your personal residence.
- You must renew your application every two years, or sooner, if requested.
- Your total annual income cannot exceed that on the chart to the right. Total income means the total income of ALL persons living full-time in your home as reported on Federal Income Tax Form 1040.
- California American Water must be notified within 30 days if you become ineligible for the H_2O program.

For households with more than eight persons, add $7,920 annually for each additional person residing in the household.

For assistance, call (888) 237-1333, or visit www.californiaamwater.com.

See H_2O application on the reverse side

APPLICATION:
H_2O Help to Others Program™ (H_2O)
Low Income Assistance Program

Mail Completed Application to:
California American Water, 8657 Grand Avenue, Rosemead, CA 91770

CALIFORNIA AMERICAN WATER
www.californiaamwater.com

Please fill out the form below and attach the following:

1. California American Water bill.

CALIFORNIA AMERICAN WATER CUSTOMER INFORMATION: *(please type or print)*

Customer Account Number ☐☐■☐☐☐☐☐☐☐■☐

Have you applied/enrolled in this program in the past ? ☐ **Yes** ☐ **No**

Name _____
As it appears on your bill

Home Address _____ **City** _____ **CA Zip Code** _____
Do NOT use a P.O. Box

Mailing Address _____ **City** _____ **CA Zip Code** _____
If different from above address

Daytime Telephone Number ☐☐☐■☐☐☐■☐☐☐☐
Please include Area Code

Number of people living in your household ☐☐ Adults + ☐☐ Children = ☐☐ **Total**

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: *(effective June 1, 2012 to May 31, 2013)*
Your Household's gross annual income may not exceed these CARE income guidelines.

Number of Persons in Household	1	2	3	4	5	6	7	8	*Each Additional Person*
Total Combined Annual Incomes	$22,340	$30,260	$38,180	$46,100	$54,020	$61,940	$69,860	$77,780	$7,920

For households with more than eight persons, add $7,920 annually for each additional person residing in the household.

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY
(***CHECK*** *all programs you or someone in your household participate in)*

- ○ Medicaid/Medi-Cal (under age 65)
- ○ Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over)
- ○ Supplemental Security Income (SSI)
- ○ National School Lunch Program (NSLP)
- ○ Women, Infants and Children (WIC)
- ○ Healthy Families A & B
- ○ CalWORKs (TANF) or Tribal TANF
- ○ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- ○ CalFresh/SNAP (Food Stamps)
- ○ Bureau of Indian Affairs General Assistance
- ○ Head Start Income Eligible (Tribal Only)

HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY
(***CHECK*** *all sources of household income)*

- ○ Pensions
- ○ Social Security
- ○ SSP or SSDI
- ○ Interests/Dividends from: Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts
- ○ Wages and/or Profits from Self-Employment
- ○ Rental or Royalty Income
- ○ Unemployment Benefits
- ○ Disability or Workers Compensation Payments
- ○ Scholarships, Grants or other aid for living expenses
- ○ Insurance or Legal Settlements
- ○ Spousal or Child Support
- ○ Cash and/or Other Income

Total Annual Household Income: $ ☐☐,☐☐☐

DECLARATION: *(please read carefully and sign below)*

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.

X _____ _____
California American Water Customer Signature ○ *fill in circle if guardian or power of attorney* *Date*

For Questions Call: (888) 237-1333

ABOUT THE PROGRAM

At California American Water, we believe fresh, clean water is a resource that should be made available to everyone. That is why we have developed the H_2O Help to Others Program™ (H_2O) to provide assistance to low-income families.

With H_2O, eligible members are determined based on a household's gross yearly income. To see if your household qualifies for H_2O, please refer to the income guidelines that follow. If your household meets the necessary requirements, assistance will be provided to you in the form of a monthly discount on your water charges.

To apply for H_2O, simply fill out the application on the reverse side and mail it to the address listed at the top of the application. For further information about H_2O or your California American Water service, please call us at (888) 237-1333 or visit us on the Web at www.californiaamwater.com.

Give your lawn a day off.

California American Water encourages its customers to adjust their sprinkler timers for big strides in water conservation. Depending on your property, up to 70 percent of your water use is on your outdoor landscape. If you currently water your lawn four days a week, cut it back to three. Your lawn won't mind and you'll be cutting your overall water use by more than 17 percent. Visit www.amwater.com for more water conservation tips.

In a world where everything we touch frequently changes, water is our constant. We've never stopped needing it to drink, to cook, to clean, to live. We'll always need it for sanitation, for fire protection, for watering our lawns and washing our cars.

It's easy to take water for granted. And because so many do, we don't.

We are scientists, environmentalists, innovators, and protectors. We are also residents and employees in the communities we serve. We understand how important, how precious, and how critical water is to daily life.

A Conservation Message from California American Water

California American Water always works to ensure water is available for future generations, so we are committed to conserving our most precious resource. With small changes in water use habits, you can be a part of this commitment while lowering your water bill.

EPA WaterSense

At California American Water we speak your language. Our customer service representatives will be happy to assist you in any language. For assistance, call (888) 237-1333.

En California American Water hablamos su idioma.
Nuestros representantes de servicio al cliente le atenderán con gusto en cualquier idioma.
Para asistencia, llame al (888) 237-1333.

California American Water的员工能说您的语言。我们的客户服务代表
乐于用任何语言向您提供任何帮助。要寻求帮助，请致电：(888) 237-1333。

Sa California American Water, nagsasalita kami ng inyong wika.
Maaari kayong tulugan ng aming mga kinatawan sa customer service sa alinmang wika.
Para humingi ng tulong, mangyaring tawagan ang (888) 237-1333.

ที่ California American Water เราพูดภาษาของท่านได้
ตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้าของเรายินดีที่จะช่วยเหลือท่านในทุกๆภาษา
หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาติดต่อ (888) 237-1333

California American Water nói được ngôn ngữ của quý vị.
Các đại diện dịch vụ khách hàng của chúng tôi sẵn sàng
giúp đỡ quý vị bằng bất cứ ngôn ngữ nào.
Để được giúp đỡ, xin vui lòng gọi số (888) 237-1333

CALIFORNIA
AMERICAN WATER

WE CARE ABOUT WATER. IT'S WHAT WE DO.
(888) 237-1333 • www.californiaamwater.com

LIKE US www.facebook.com/caamwater
FOLLOW US www.twitter.com/caamwater
WATCH US www.youtube.com/caamwater

AM411i

Programa para Ayudar a Otros (H_2O)™

CALIFORNIA AMERICAN WATER

REQUISITOS PARA EL PROGRAMA H_2O

- Debe ser un cliente residencial con medidor individual o tarifa fija.
- La factura de California American Water debe estar a su nombre.
- No puede figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- Debe volver a presentar la solicitud cada vez que cambie su lugar de residencia.
- Debe renovar su solicitud cada dos años, o antes, si se le solicita.
- Su ingreso total anual no puede superar las cantidades de la tabla que figura a la derecha. El ingreso total es el ingreso total de TODAS las personas que viven en forma permanente en su hogar según se informa en el formulario 1040 de declaración de impuesto sobre la renta.
- Deberá notificar a California American Water dentro de los 30 días si deja de ser elegible para el programa H O.

PAUTAS SOBRE INGRESOS

(vigentes desde el 1 de junio de 2012 hasta el 31 de mayo de 2013)

Cantidad de personas en el grupo familiar	*Ingreso anual combinado total*
1	$ 22,340
2	$ 30,260
3	$ 38,180
4	$ 46,100
5	$ 54,020
6	$ 61,940
7	$ 69,860
8	$ 77,780
Cada persona adicional	$ 7,920

Para hogares con más de ocho personas, deben añadir $7,920 anuales por cada persona adicional que viva en la casa.

Para obtener ayuda, llame al (888) 237-1333, o ingrese a www.californiaamwater.com.

Consulte la solicitud para el H_2O al reverso

SOLICITUD para el programa H_2O Help to Others (H_2O) de asistencia para personas con bajos ingresos

CALIFORNIA AMERICAN WATER

www.californiaamwater.com

Envie la solicitud completa a:
California American Water, 8657 Grand Avenue, Rosemead, CA 91770

Complete al formulario que figura a continuación y adjunte lo siguiente:

1. La factura de California American Water.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE DE CALIFORNIA AMERICAN WATER CUSTOMER: *(imprima o escriba en letra de imprenta)*

Número de cuenta del cliente ☐☐■☐☐☐☐☐☐☐■☐

¿Ha aplicado usted antes o ha estado inscrito en este programa? ☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre _____
Como aparece en su factura

Dirección Particular _____ **Ciudad** _____ **Código Postal de CA** _____
NO utilice un apartado postal (PO Box)

Dirección de correo _____ **Ciudad** _____ **Código Postal de CA** _____
Si es diferente de la dirección que figura arriba

Número telefónico diurno
Incluya el código de área ☐☐☐■☐☐☐■☐☐☐☐

Cantidad de personas que viven en su hogar ☐☐ (Adultos) + ☐☐ (Niños) = ☐☐ **Total**

INGRESO FAMILIAR MÁXIMO: *(vigentes desde el 1 de junio de 2012 hasta el 31 de mayo de 2013)*

Su ingreso anual bruto familiar no debe superar estas pautas de ingresos de CARE.

Cantidad de personas en el grupo familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	*Cada persona adicional*
Ingreso anual combinado total	$22,340	$30,260	$38,180	$46,100	$54,020	$61,940	$69,860	$77,780	$7,920

Para hogares con más de ocho personas, deben añadir $7,920 anuales por cada persona adicional que viva en la casa.

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA

(***MARQUE*** *todos los programas en los que usted o alguien en su grupo familiar participan)*

- ○ Medicade/Medi-Cal (menor de 65 años de edad)
- ○ Medicade/Medi-Cal (de 65 años de edad y mayores)
- ○ Programma federal de seguridad de ingreso suplementario
- ○ Programa para mujeres, lactantes y niños
- ○ Programas Healthy Families A y B (Familias Saludables)
- ○ CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
- ○ Programa de ayuda para energía para hogares con recursos limitados
- ○ CalFresh/SNAP (Sellos para alimentos)
- ○ Ayuda General de la Oficina de Asuntos Indígenas
- ○ Programa nacional de almuerzos escolares
- ○ Elegibilidad de ingresos para el programa Head Start (Tribal solamente)

ELIGIBILIDAD DEL INGRESO FAMILIAR

(***MARQUE*** *todas las fuentes de ingreso familiar)*

- ○ Pensiones
- ○ Seguro Social
- ○ SSP or SSDI
- ○ Intereses/Dividendos de: ahorros, acciones, bonos, o cuentas de jubilación
- ○ Salarios o ganancias de empleo por cuenta propia
- ○ Ingreso por alquileres o regalías
- ○ Beneficios por desempleo
- ○ Pagos por incapacidad o de Compensacíon laboral
- ○ Becas escolares, subvenciones u otras ayudas para gastos de vida
- ○ Indemnizaciones de seguros o juidiciales
- ○ Cuotas de manutención de cónyuge o de hijos
- ○ Efectivo u otros ingresos

Ingreso familiar anual total: $ ☐☐,☐☐☐

DECLARACIÓN: *(lea cuidadosamente y firme al pie)*

Yo afirmo que la información 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 información con otras compañías de servicios públicos o sus agentes para mi inscripción en sus programas de ayuda.

X _____ _____
Firma del cliente de California American Water ○ *rellene el círculo si es tutor o posee un poder legal* *Fecha*

Si tiene alguna pregunta llame al: (888) 237-1333

INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA

En Califonrnia American Water, consideramos que el agua dulce y potable es un recurso al que todos deben tener acceso. Por eso hemos desarrollado El Programa para Ayudar a Otros (H_2O) para proporcionar asistencia a familias de pocos recursos.

Con H_2O, se determina quiénes son miembros elegibles en base al ingreso anual bruto familiar. Para comprobar si su grupo familiar reúne los requisitos del H_2O, consulte las pautas de ingresos que figuran a continuación. Si su hogar cumple con los requisitos necesarios, se le brindará asistencia en forma de un descuento mensual sobre sus cargos por consumo de agua.

Para solicitar la admisión en el programa H_2O, sólo complete la solicitud que figura al reverso y envíela junto a la dirección que figura en la parte superior de la solicitud. Para obtener más información sobre el H_2O o su servicio de California American Water, llámenos al (888) 237-1333 o visite nuestro sitio Web en www.californiaamwater.com.

Dale a Su Césped un Receso

California American Water quiere estimular a sus clientes a que ajusten sus aspersores para conservar el agua. Depende del tamaño de su propiedad, casi 70 porciento del uso de agua es por el uso afuera. Por favor, irrige el césped un día menos cada semana para reducir el uso del agua complamente por mas de 17 porciento. Visite el sitio de web www.amwater.com para más información sobre la conservación de agua.

In a world where everything we touch frequently changes, water is our constant. We've never stopped needing it to drink, to cook, to clean, to live. We'll always need it for sanitation, for fire protection, for watering our lawns and washing our cars.

It's easy to take water for granted. And because so many do, we don't.

We are scientists, environmentalists, innovators, and protectors. We are also residents and employees in the communities we serve. We understand how important, how precious, and how critical water is to daily life.

A Conservation Message from California American Water

California American Water always works to ensure water is available for future generations, so we are committed to conserving our most precious resource. With small changes in water use habits, you can be a part of this commitment while lowering your water bill.

EPA WaterSense

At California American Water we speak your language. Our customer service representatives will be happy to assist you in any language. For assistance, call (888) 237-1333.

En California American Water hablamos su idioma.
Nuestros representantes de servicio al cliente le atenderán con gusto en cualquier idioma.
Para asistencia, llame al (888) 237-1333.

California American Water的员工能说您的语言。我们的客户服务代表
乐于用任何语言向您提供任何帮助。要寻求帮助，请致电：(888) 237-1333。

Sa California American Water, nagsasalita kami ng inyong wika.
Maaari kayong tulugan ng aming mga kinatawan sa customer service sa alinmang wika.
Para humingi ng tulong, mangyaring tawagan ang (888) 237-1333.

ที่ California American Water เราพูดภาษาของท่านได้
ตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้าของเรายินดีที่จะช่วยเหลือท่านในทุกๆภาษา
หากต้องการความช่วยเหลือ กรุณาติดต่อ (888) 237-1333

California American Water nói được ngôn ngữ của quý vị.
Các đại diện dịch vụ khách hàng của chúng tôi sẵn sàng
giúp đỡ quý vị bằng bất cứ ngôn ngữ nào.
Để được giúp đỡ, xin vui lòng gọi số (888) 237-1333

CALIFORNIA
AMERICAN WATER

WE CARE ABOUT WATER. IT'S WHAT WE DO.
(888) 237-1333 • www.californiaamwater.com

LIKE US www.facebook.com/caamwater
FOLLOW US www.twitter.com/caamwater
WATCH US www.youtube.com/caamwater

AM411i