

Solicitud de asistencia para servicios públicos residenciales

Los programas se basan en los ingresos del hogar y en otros criterios.
Para obtener más información, visite MyTPU.org/Assistance.



Debe completar íntegramente todas las áreas de esta solicitud para que podamos procesarla.

SELECCIONE EL PROGRAMA EN EL QUE DESEA PARTICIPAR:

Discount Rate Program (Programa de Tasa de Descuento)* (35 % de descuento)

Los clientes deben tener 62 años o más O ser jefe de hogar o cónyuge del jefe de hogar que reciba ingresos por discapacidad que califiquen.

Bill Credit Assistance Plan (Plan de Asistencia de Crédito para Facturas) (crédito para facturas mensuales)

Disponible para clientes que no participan en el Programa de Tasa de Descuento y que cumplen con los requisitos de elegibilidad de ingresos.

Tamaño del hogar	Ingresos mensuales máximos del hogar para el Programa de Tasa de Descuento*
1	\$3,346
2	\$3,821
3	\$4,300
4	\$4,775
5	\$5,158
6	\$5,542

Tamaño del hogar	Ingresos mensuales máximos del hogar para la Asistencia de Crédito para Facturas*
1	\$4,458
2	\$5,096
3	\$5,733
4	\$6,367
5	\$6,879
6	\$7,388

*Todos los programas corresponden a servicios residenciales con medidor individual y se basan en los ingresos del hogar y en otros criterios.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Número de cuenta de Tacoma Public Utilities (TPU)	Dirección del servicio	Ciudad	Estado	Código postal
Forma preferida de contacto Correo electrónico Teléfono	Correo (USPS)	Correo electrónico	Idioma principal Inglés Otro	
Número de teléfono principal	¿Podemos enviarle mensajes de texto a este número? (Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos). Sí No			

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre completo de cada ocupante de 18 años o más. El titular principal de la cuenta debe figurar primero (escriba en letra de imprenta).	Fecha de nacimiento	Relación	¿Recibe ingresos por discapacidad? (Marque si corresponde)	¿Es veterano militar o cónyuge de un veterano militar? (Marque si corresponde)	Ingreso bruto mensual total
		Usted (titular de la cuenta)			

Dependientes de 21 años o menos

Nombre	Fecha de nacimiento

Si se queda sin espacio arriba: utilice una hoja de papel aparte para enumerar a cualquier miembro adicional del hogar junto con la información anterior.

SECCIÓN 2: BENEFICIOS DEL DSHS

¿Alguna persona en la cuenta de servicios públicos recibe beneficios del Department of Social and Health Services (DSHS), Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o Aged, Blind, or Disabled (Programas para Personas de Edad Avanzada, Ciegas o Discapacitadas, ABD)? Solo se requiere la información de una persona, incluso si varios miembros del hogar reciben beneficios.

- Si responde SÍ, complete la información de consentimiento del DSHS a continuación y firme en la **SECCIÓN 6** para completar la solicitud.
- Si responde NO, continúe a la **SECCIÓN 3**.
- Si responde SÍ, pero su estado de beneficios es CONFIDENCIAL, continúe a la **SECCIÓN 4**.

CONSENTIMIENTO DEL DSHS

Aviso para los clientes: El Department of Social and Health Services (DSHS) puede ayudarlo mejor si podemos trabajar con otras agencias y profesionales que lo conocen a usted y a su familia. Al firmar este formulario, usted otorga permiso para que el DSHS use y comparta información confidencial sobre usted. El DSHS no puede negarle beneficios si usted no firma este formulario, a menos que su consentimiento sea necesario para determinar su elegibilidad. Si usted no firma este formulario, el DSHS aún puede compartir información sobre usted en la medida permitida por la ley. Si tiene preguntas sobre cómo el DSHS comparte la información confidencial de los clientes o sobre sus derechos de privacidad, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad del DSHS o pregunte a la persona que le entregó este formulario.

Nombre de la persona que recibe los beneficios*	Apellido de la persona que recibe los beneficios*
Fecha de nacimiento de la persona que recibe los beneficios	Id. de cliente del DSHS o número de Seguro Social

*La ortografía debe coincidir con la registrada en el DSHS.

- Si firma por usted mismo, no se requiere documentación adicional.
- Si está autorizado para firmar por un menor de 18 años como padre, tutor o representante personal, adjunte la prueba de autoridad.
- Si los beneficios corresponden a otros ocupantes del hogar mayores de 18 años, proporcione una copia de la licencia de conducir o identificación de la persona que recibe los beneficios.

Yo autorizo el uso de mi información confidencial dentro del DSHS para planificar, proporcionar y coordinar servicios, pagos y beneficios para mí u otros fines autorizados por la ley. También otorgo permiso al DSHS y a Tacoma Public Utilities, así como a sus empleados autorizados, para usar y divulgar mi información confidencial entre sí para estos fines. La información puede compartirse de forma verbal o electrónica, por correo o entrega en mano.

Este consentimiento es válido por un año o hasta ____ (fecha) (fecha o evento)

- Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero esto no afectará la información ya compartida.
- Entiendo que los registros compartidos bajo este consentimiento pueden dejar de estar protegidos por las leyes que se aplican al DSHS.

Firma de la persona que recibe los beneficios	Fecha
_____	_____

SECCIÓN 3: BENEFICIOS DEL WIC

¿Alguna persona en la cuenta de servicios públicos recibe beneficios de Women, Infants, and Children (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños, WIC)?

Si responde sí:

- Proporcione una copia de su carta de elegibilidad del WIC y complete el formulario de Declaración de ingresos.

Y

- Complete la **SECCIÓN 6**.

Si responde no, continúe a la **SECCIÓN 4**.

SECCIÓN 4: DOCUMENTOS REQUERIDOS

(Si envía documentos por correo, envíe copias, no originales). Esta solicitud y los documentos requeridos se utilizan para verificar la elegibilidad para los programas de asistencia. ***No reportamos información a Seguridad Nacional ni tampoco la compartimos con dicha agencia.***

Exigimos identificación y verificación de ingresos a todos los miembros del hogar mayores de 18 años. Estos requisitos no aplican a los dependientes de 21 años o menos.

- Identificación: Una de las siguientes formas de identificación: licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal (solo EE. UU.), identificación militar (solo EE. UU.), tarjeta de identificación de extranjero residente (visa de trabajo o estudiante; solo EE. UU.), pasaporte o identificación tribal.

Y

- Verificación de ingresos: Comprobante de ingresos familiares de los tres meses anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. (En la **SECCIÓN 5** se enumeran ejemplos de fuentes de ingresos aceptables).

SECCIÓN 5: IDENTIFIQUE LAS FUENTES DE TODOS LOS INGRESOS DEL HOGAR

Presente copias de todas las fuentes de ingresos junto con su solicitud.

Salarios/recibos de pago	Pensión de jubilación	Beneficios para veteranos	Labor & Industry
IRA/anualidad	SSI/SSA/SSDI del Seguro Social	Temporary Assistance for Needy Families (TANF)	Manutención de hijos recibida/pagada
Pensión alimenticia/manutención conyugal	Ingresos de la propiedad en alquiler/inversión	Empleo independiente	Desempleo
Distribución per cápita tribal	Aged/Blind/Disabled (ABD)	Compensación laboral	Discapacidad a corto o largo plazo
Apoyo por adopción o cuidado de crianza	PFML	Ingresos mensuales de otras fuentes	

SECCIÓN 6: TÉRMINOS Y CONDICIONES

Doy permiso a Tacoma Public Utilities (TPU) para solicitar información a agencias gubernamentales, tribales o comunitarias, y autorizo a dichas agencias a compartir con TPU información relacionada con cualquier asistencia financiera que reciba de ellas, para determinar mi elegibilidad para los programas de asistencia de servicios públicos.

Entiendo que, si proporciono a TPU información falsa, engañosa o incompleta intencionalmente, o si infrinjo las Políticas de servicio al cliente de TPU o el Código municipal de Tacoma, se me podría denegar la participación en el programa de TPU. Además, TPU podría reclamar los fondos otorgados en mi beneficio y yo podría enfrentar otras sanciones (incluidas acciones penales).

También comprendo que debo notificar a TPU sobre cualquier cambio, incluido el cambio de dirección, el tamaño del hogar o los ingresos. Si mi consumo de energía o agua es superior al promedio, permitiré que TPU acceda a mi hogar para identificar posibles oportunidades de conservación que puedan ayudar a reducir mi factura de servicios públicos.

Nombre en letra de imprenta (tal como aparece en la factura de servicios públicos)	Firma	Fecha
--	-------	-------

Envíe la solicitud y las copias necesarias a:

Tacoma Public Utilities
Customer Solutions Office
3628 South 35th Street
Tacoma WA 98409-3192

Información de contacto de la oficina

Horario de atención sin cita previa:
de 7:30 a. m. a 4 p. m.
Número de teléfono:
253-502-8400 (de 7:30 a. m. a 4:30 p. m.)
Número de fax:
253-502-8906

Las solicitudes se pueden completar en línea en:

MyTPU.org/Assistance.



IDENTIDAD RACIAL Y ÉTNICA Esta información solo se utiliza para garantizar un alcance equitativo en nuestra comunidad y no determina la elegibilidad. Puede seleccionar más de una opción.

Blanco/no hispano	Afrodescendiente/no hispano	Hispano/latino	Asiático
Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	Nativo americano/nativo de Alaska	Prefiero no decirlo	

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA EXISTENCIA DE NUESTROS PROGRAMAS?

Sitio web	Familia o amigos	Evento comunitario	Referencia de una agencia
Redes sociales	Boletín informativo/inserto en factura de servicios públicos	Publicidad de TPU	Otro