



CALIFORNIA  
AMERICAN WATER

WE KEEP LIFE FLOWING®

## ABOUT THE PROGRAM / INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA

California American Water's customer assistance program provides assistance to low-income families. / *El programa de asistencia al cliente de California American Water 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 gráfica de requisitos de ingresos) o la participación en programas de asistencia pública. Si su hogar llena los requisitos necesarios, se le dará asistencia en forma de un descuento mensual en sus cargos de agua y alcantarillado.*

For assistance, call 888-237-1333, or visit [californiaamwater.com](http://californiaamwater.com). See application on the reverse side. / *Para obtener ayuda, llame al 888-237-1333, o ingrese a [californiaamwater.com](http://californiaamwater.com). Consulte la solicitud al reverso.*

For details on how we treat the information you have provided to us on the form on the reverse, and your privacy rights and how to exercise them, including how to exercise a "do not sell" opt-out, visit our website [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy) or contact us at 1-844-297-5952. / Para obtener detalles sobre cómo tratamos la información que nos ha proporcionado en el formulario al dorso, y sus derechos de privacidad y cómo ejercerlos, incluido cómo ejercer la opción de "no vender", visite nuestro sitio web [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy) o comuníquese con nosotros al 1-844-297-5952.

# CUSTOMER ASSISTANCE PROGRAM

## CUSTOMER ASSISTANCE PROGRAM / PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CLIENTE

### TO QUALIFY FOR CUSTOMER ASSISTANCE / REQUISITOS PARA LA ASISTENCIA AL CLIENTE

- 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 declaración 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 pública que califique (ver por detrás del formulario de solicitud la lista de programas que califican) O el total de sus ingresos anuales no puede superar el de la gráfica que hay a continuación. 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 customer assistance program. / *Deberá notificar a California American Water dentro de los 30 días si deja de ser elegible para el programa de asistencia al cliente.*

### INCOME GUIDELINES / REQUISITOS DE INGRESOS

(Effective June 1, 2023 to May 31, 2024 /

Vigentes desde el 1 de junio de 2023 hasta el 31 de mayo de 2024)

Number of Persons in Household / Cantidad de personas en el grupo familiar	Total Combined Annual Income / Ingreso anual combinado total
1-2	\$39,440
3	\$49,720
4	\$60,000
5	\$70,280
6	\$80,560
7	\$90,840
8	\$101,120
Each Additional Person, Add / Cada Persona Adicional, Agregue	\$10,280

**APPLICATION: Customer Assistance Program/Payment Assistance***SOLICITUD: Programa de asistencia al cliente/Ayuda con los pagos***Mail completed application to / Envíe la solicitud completa a:** California American Water, 655 W. Broadway, Suite 1410, San Diego, CA 92101**Email completed application with a copy of your water bill to / Envíe por correo electrónico 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 solicitud.****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 /****INFORMACIÓN DEL CLIENTE DE CALIFORNIA AMERICAN WATER:** (please type or print / imprima o escriba en letra de imprenta)**Customer Account Number / Número 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 / Sí**  **No / No****Name / Nombre** \_\_\_\_\_ **Home Address / Dirección 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 / Código Postal de CA** \_\_\_\_\_**Mailing Address / Dirección de correo** \_\_\_\_\_ **City / Ciudad** \_\_\_\_\_  
(If different from above address / Si es diferente de la dirección que figura arriba)**CA Zip Code / Código Postal de CA** \_\_\_\_\_ **Daytime Telephone Number / Número telefónico diurno**  -  -   
(Please include area code / Incluya el código de área)**MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME /****INGRESO FAMILIAR MÁXIMO:** (effective June 1, 2023 to May 31, 2024 / vigentes desde el 1 de junio de 2023 hasta el 31 de mayo de 2024)

Your Household’s gross annual income may not exceed these CARE income guidelines. / Su ingreso anual bruto familiar no debe estos requisitos de ingresos de CARE.

Number of Persons in Household / Cantidad de personas en el grupo familiar	1-2	3	4	5	6	7	8	Each Additional Person, Add / Cada Persona Adicional, Agregue
Total Combined Annual Incomes / Ingreso anual combinado total	\$39,440	\$49,720	\$60,000	\$70,280	\$80,560	\$90,840	\$101,120	\$10,280

**PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY / ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA**

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

**HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY / ELIGIBILIDAD DEL INGRESO FAMILIAR**

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

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

**Number of people living in your household\* / Cantidad de personas que viven en su hogar\***  +  =   
Adults/Adultos Children/Niños Total/Total
**Total Annual Household Income\* / Ingreso familiar anual total\*** \$ , \*REQUIRED / NECESARIO
**DECLARATION / DECLARACIÓN:** (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 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** \_\_\_\_\_ Date / Fecha  
California American Water Customer Signature / Firma del cliente de California American Water (fill in circle if guardian or power of attorney / rellene el círculo si es tutor o posee un poder legal)
