



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL PAGO DE ALCANTARILLADO SANITARIO RESIDENCIAL

Nombre del solicitante (nombre y apellido)	Número de teléfono		
Correo electrónico			
Número de parcela de propiedad	Número de cuenta de la factura de alcantarillado sanitario		
Dirección de servicio	<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Inquilino		
Type of residence:	<input type="checkbox"/> unifamiliar	<input type="checkbox"/> accesoria (ADU)	<input type="checkbox"/> condominio
	<input type="checkbox"/> multifamiliar	<input type="checkbox"/> apartamento	<input type="checkbox"/> dúplex
	<input type="checkbox"/> traila / casa rodante	<input type="checkbox"/> otro: _____	

ACUERDO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL PAGO DE ALCANTARILLADO SANITARIO

Yo certifico bajo pena de perjurio que la información proporcionada es completa y precisa a o en mi mejor entendimiento. Que soy personalmente responsable del pago del servicio de alcantarillado sanitario, y personalmente recibo y pago dicho servicio en la dirección de servicio declarada, que es mi residencia principal.

El Programa de Asistencia para el Pago de Alcantarillado Sanitario de la Ciudad de Salinas no es transferible. Los beneficiarios del programa deben notificar a la Ciudad de Salinas si cambia la dirección del servicio.

Firma

Fecha

DECLARACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DEL INQUILINO POR LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Yo certifico bajo pena de perjurio que la información proporcionada es completa y precisa a o en mi mejor entendimiento. Que soy personalmente responsable del pago del servicio de alcantarillado sanitario, y personalmente recibo y pago dicho servicio en la dirección de servicio declarada, que es mi residencia principal. El contrato de alquiler de la residencia en cuestión es válido hasta (ingrese la fecha en que finaliza su contrato de arrendamiento) _____. Además, certifico que actualmente no estoy recibiendo beneficios bajo los Programas de Viviendas Asequibles de la Ciudad y no recibo el Vale de Elección de Vivienda de la Sección 8, y que cumple con los requisitos de elegibilidad para el Programa de Asistencia para el Pago de Alcantarillado Sanitario.

Firma

Fecha



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL PAGO DE ALCANTARILLADO SANITARIO RESIDENCIAL

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA:

El Programa de Asistencia para el Pago de Alcantarillado Residencial de la Ciudad de Salinas proporciona a los contribuyentes de alcantarillado sanitario residencial que califiquen un pago anual único equivalente al 15% de los cargos acumulados del sistema de alcantarillado de Salinas para el año fiscal (del 1 de julio al 30 de junio). Los contribuyentes de alcantarillado sanitario de Salinas pueden solicitar esta asistencia cada año. Las solicitudes del programa se examinarán y, si se aprueban, se procesarán en el orden en que se reciben, en la medida en que haya fondos disponibles.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

- La solicitud será para una sola residencia (propia o alquiler¹).
- El solicitante debe poseer una copia de la factura de servicio de alcantarillado sanitario o completar la 'Declaración de la responsabilidad del inquilino por los servicios públicos' incluida en la Solicitud del programa.
- Comprobante de inscripción en el programa de Tarifas Alternativas de Energía de California (CARE) de PG&E.

¹ Los inquilinos que participan en los Programas de Viviendas Asequibles de la Ciudad o en el Programa de Vales de Elección de Vivienda de la Sección 8 reciben una asignación de servicios públicos que excede la tarifa de alcantarillado y no son elegibles para este Programa.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN:

- Solicitud completa y firmada.
- Factura de servicios público de alcantarillado sanitario, o 'Declaración de la responsabilidad del inquilino por los servicios públicos' completa si la factura de servicio públicos de alcantarillado sanitario no está a su nombre y la paga indirectamente a través de su alquiler.
- Copia de la factura reciente de PG&E que muestre la inscripción en el Programa CARE.
- Copia de su tarjeta de identificación actual o licencia de conducir. (El nombre y la dirección de la identificación y/o licencia de conducir deben coincidir con la factura de PG&E).

Tiene las siguientes opciones para enviar la solicitud y los documentos requeridos.

Correo electrónico:

FinanceDept@ci.salinas.ca.us

Por correo o en persona:

Departamento de Finanzas de la Ciudad de Salinas

200 Lincoln Avenue, Salinas, CA 93901

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Si tiene preguntas sobre el Programa de Asistencia para el Pago de Alcantarillado o desea verificar el estado de su solicitud, comuníquese con el Departamento de Finanzas de la Ciudad de Salinas enviando un correo electrónico a FinanceDept@ci.salinas.ca.us o llamando al (831) 758-7211.