



**LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE DESCUENTO POR BAJOS INGRESOS** - El programa de descuento por bajos ingresos de Marin Water es para clientes con un ingreso familiar anual bruto igual o inferior al 80% del nivel de bajos ingresos del condado de Marin establecido por el Departamento Federal de Vivienda y Desarrollo Urbano. (FDHUD). Bajo este programa se suprime el cargo bimensual por servicio medido, así como la cuota por manejo de la cuenca y la cuota por mantenimiento de capital. Sección 6.01.150 del Código de Marin Water: Descuento por bajos ingresos.

**CÓMO REUNIR LOS REQUISITOS**

1. Tener el servicio de agua a su nombre
2. No debe figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
3. Debe ser la residencia principal de todos los miembros del grupo familiar.
4. Debe ser un consumidor residencial con un medidor por separado.
5. Mostrar pruebas de haber instalado cabezales de ducha de bajo flujo, sanitarios de alta eficiencia con etiqueta WaterSense, y aireadores de grifos de bajo flujo.
6. Debe enviar una de las siguientes formas de identificación para cada miembro del grupo familiar:
  - Licencia de conducir de California o tarjeta de identificación de California (adultos)
  - Tarjeta médica o identificación de la escuela (menores de edad)
7. Su grupo familiar debe cumplir con los lineamientos de ingresos del programa en la tabla a continuación.

Debe comprobar el ingreso anual bruto del grupo familiar enviando al menos uno de los siguientes documentos para cada miembro del grupo familiar que reciba ingresos (**oculte o elimine los primeros cinco dígitos de cualquier número de seguro social** en cualquier documento que envíe):

- Declaración de impuestos del año anterior firmada (1040, 1040A, ó 1040 EZ) incluyendo todos los anexos (si se presentó electrónicamente, firme manualmente la copia proporcionada) ó una carta de verificación del IRS de que no presentó.
  - Declaración de beneficios de fin de año/Carta de SSI, Carta de CAL Works ó Carta de certificación del PG&E CARE Program.
  - Una impresión que muestre su nombre, la fecha actual (dentro de los últimos 30 días) y el monto de los ingresos para la Asistencia del Condado o cualquier otra fuente de asistencia (Medicaid/Medi-Cal for Families, CalFresh SNAP)
8. Debe notificar inmediatamente a Marin Water si su grupo familiar ya no califica para el descuento por bajos ingresos.
  9. Debe recertificar su elegibilidad cada año.

**LINEAMIENTOS DE INGRESOS**

Los ingresos brutos anuales del grupo familiar se definen como todos los ingresos, de todos los miembros del grupo familiar, sin importar la fuente, gravables o no gravables, incluyendo a título de ejemplo: sueldos, salarios, intereses, dividendos, pagos de pensión alimenticia y manutención de hijos, pagos de asistencia pública, seguridad social y pensiones, ingresos por rentas, ingresos por autoempleo y todos los ingresos no monetarios relacionados con el empleo.

**Por favor tenga en cuenta que:** Los lineamientos de ingresos están sujetos a cambios periódicamente. Marin Water se reserva el derecho de solicitar información adicional en cualquier momento. Si bien la elegibilidad es normalmente por un período de un año, la participación en el programa puede ser revocada si un consumidor no cumple con todos los criterios de calificación establecidos en el código del Marin Water. Marin Water puede modificar cualquiera ó todos los criterios de elegibilidad, ó los componentes del programa, incluyendo la interrupción del programa, por acción del Consejo Directivo (Marin Water Code 6.01.150)

**Límites de ingresos brutos del año fiscal 2025  
(Con vigencia a partir de julio del 2024)**

Número de personas en el grupo familiar	Ingresos mensuales brutos del grupo familiar (todos los ingresos del grupo familiar antes de impuestos)	Ingresos anuales brutos del grupo familiar (todos los ingresos del grupo familiar antes de impuestos)
1	\$7,313	\$87,760
2	\$8,357	\$100,280
3	\$9,400	\$112,800
4	\$10,443	\$125,320
5	\$11,280	\$135,360
6	\$12,117	\$145,400
7	\$12,950	\$155,400
8 y más	\$13,787	\$165,440



## SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO POR BAJOS INGRESOS

### Solicitud para el año de calendario 20\_\_\_\_\_

Los solicitantes nuevos y existentes deben realizar todos los pasos del 1 al 7 a continuación. Las solicitudes incompletas serán rechazadas y requerirán una nueva solicitud, lo que resultará en el retraso de la aceptación. El programa de descuento por bajos ingresos no es retroactivo; los clientes que califican comenzarán a recibir la exención en el próximo ciclo de facturación una vez que se apruebe su solicitud.

#### 1. Customer Información:

Nombre del cliente:		Fecha:
Dirección de servicio	Ciudad:	C.P.:
No. de cliente:	No. de servicio:	Número de teléfono:
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad:	C.P.:

#### 2. Número de personas en el grupo familiar: \_\_\_\_\_

#### 3. ¿Se incluye una copia de una forma aceptada de identificación de cada miembro del grupo familiar? (Encierre uno): Sí / No

#### 4. El ingreso total BRUTO (no ajustado) de mi grupo familiar no supera lo siguiente (Encierre uno):      Sí / No

Número de personas en el grupo familiar	1	2	3	4	5	6	7	8 y más
Ingresos mensuales brutos del grupo familiar (todos los ingresos del grupo familiar antes de impuestos)	\$7,313	\$8,357	\$9,400	\$10,443	\$11,280	\$12,117	\$12,950	\$13,787
Ingresos anuales brutos del grupo familiar (todos los ingresos del grupo familiar antes de impuestos)	\$87,760	\$100,280	\$112,800	\$125,320	\$135,360	\$145,400	\$155,400	\$165,440

*Usted debe reportar todas las fuentes de ingresos de cada persona que reside en este grupo familiar y adjuntar documentación de cada fuente de ingresos.*

#### 5. ¿Se incluye una copia de todos los documentos de ingresos BRUTOS del grupo familiar? por cada miembro del grupo familiar que recibe ingresos (consulte los lineamientos del programa) (Encierre uno): Sí / No

#### 6. DECLARACIÓN Y LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD: (Favor de leer, marcar las tres casillas, firmar y fechar.) Yo certifico bajo pena de perjurio que la información presentada en esta solicitud es verdadera y correcta. He leído y comprendo los requisitos del programa de descuento por bajos ingresos y acepto aportar comprobantes de ingresos para participar. Acepto notificar a Marin Water inmediatamente de cualquier cambio en mi grupo familiar o ingresos que pudiera afectar mi elegibilidad para la ayuda. Entiendo que si recibo el descuento sin calificar para él, es posible que deba devolver el descuento que recibí.

- He leído y comprendo los requisitos del programa de descuento por bajos ingresos y certifico que cumplo con todos los lineamientos y requisitos de elegibilidad del programa.
- Acepto notificar a Marin Water inmediatamente de cualquier cambio en mi grupo familiar o ingresos que pudiera afectar mi elegibilidad para la ayuda. Adjunto una forma aceptada de identificación de cada miembro del grupo familiar.
- Adjunto un comprobante de ingresos aceptado para verificar el total de ingresos anuales brutos del grupo familiar. he ocultado o eliminado los primeros cinco dígitos de todos los números del Seguro Social en los documentos enviados (NO originales).

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ENVIAR la solicitud completa y todos los documentos de ingresos requeridos:** Correo electrónico: customerservice@marinwater.org O por correo postal a: Marin Water, PO Box 994 Corte Madera, CA 94976-0994