

# 2023 SOLICITUD DE ASISTENCIA TARIFA MEDICA



50% DE DESCUENTO\*\*\* SOBRE LA TARIFA ESTÁNDAR PARA CLIENTES CUALIFICADOS

## 1. Titular principal de la cuenta/Cliente en la cuenta

Appellio _____	Prime nombre _____
Dirección de casa _____	Número de teléfono _____
Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____
Dirección postal si es diferente a la anterior _____	
Número de cuenta de servicios públicos de Roseville Electric _____	XXX-XX-_____ Últimos 4 dígitos de su SSN

## 2. Los miembros del hogar

**Enumere todas las personas que viven en el hogar**, incluidos los niños menores de 18 años. Proporcione los últimos 4 dígitos del número de seguro social de todos los miembros del hogar.

Nombre	Últimos 4 dígitos de su SSN	Años
_____	XXX-XX-_____	_____
_____	XXX-XX-_____	_____
_____	XXX-XX-_____	_____
_____	XXX-XX-_____	_____
_____	XXX-XX-_____	_____
_____	XXX-XX-_____	_____

## 3. Documentación de ingresos

**Adjunte copias de toda la documentación de ingresos de todas las personas mayores de 18 años que viven en su hogar. Los documentos enviados a la Ciudad NO serán devueltos. Espere hasta 60 días para el procesamiento. La nueva tarifa de servicios públicos de electricidad se reflejará en las facturas después de que se verifique la elegibilidad y no se aplicará retroactivamente.**

## 4. Agreement and Signature

Roseville Electric hace todo lo posible para informar a los clientes antes de las interrupciones para el mantenimiento programado y planificado. Las interrupciones y el mantenimiento no planificados son poco comunes en el área de servicio de Roseville Electric; sin embargo, es recomendable contar con un plan de emergencia para sus necesidades de salud en caso de que no podamos notificarle sobre interrupciones pendientes en su servicio. Si un apagón está causando una emergencia que amenaza la vida, llame al 911 de inmediato.

Entiendo que si me atraso en el pago de mi factura de servicios públicos, mi servicio eléctrico está sujeto a desconexión. Entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con el Departamento de Electricidad de la Ciudad de Roseville para discutir los arreglos de pago antes de la fecha de vencimiento final, como se indica en el Aviso Recordatorio.

Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud se utilizará para verificar y determinar la elegibilidad del programa. Por la presente autorizo a la Ciudad de Roseville a verificar la información provista en esta solicitud con cualquier fuente ya compartir la información en esta solicitud con los Departamentos de Electricidad de la Ciudad. Espere hasta 60 días para el procesamiento. La nueva tarifa de servicios públicos de electricidad se reflejará en las facturas después de que se verifique la elegibilidad y no se aplicará retroactivamente.

Entiendo que es mi obligación y responsabilidad informar cualquier aumento en los ingresos de mi hogar y si los ingresos de mi hogar superan el nivel de calificación de ingresos o, cuando la persona que requiere el equipo médico ya no usa el dispositivo o reside en este lugar, mi participación será ser cancelado Entiendo que este es un programa de dos (2) años y tendré que volver a presentar una solicitud para continuar recibiendo el descuento.

Al firmar a continuación, declaro bajo pena de perjurio que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Cómo aplicar

- Complete el titular de la cuenta principal/cliente en la cuenta con el nombre y la dirección tal como aparecen en la cuenta de Roseville Electric Utility.
- Enumere TODOS los miembros del hogar que viven en el hogar, incluida la edad. Indique los últimos 4 dígitos del número de seguro social de cada miembro del hogar.
- Proporcione documentación de ingresos:** Proporcione uno (1) de los siguientes para CADA miembro del hogar mayor de 18 años. NO envíe formularios W2, talones de cheques o estados financieros como prueba de ingresos.

## ¿Qué tipo de documentos de ingresos se aceptan?

- Declaración de impuestos federal actual (páginas 1 y 2 con firmas) o transcripción de impuestos que se puede obtener llamando al IRS al 1-800-829-1040.
- Carta de beneficios de SSI Y un formulario de declaración jurada de no presentación en la página 2 de esta solicitud (si no declara impuestos).
- Carta de Beneficios de Desempleo, acompañada por el formulario de Declaración de Impuestos Federales O Declaración Jurada de No Presentación.

## ¿Qué pasa si no he presentado impuestos?

Debe obtener una Verificación de no presentación de declaraciones de impuestos del IRS al 1-800-829-1040.

## 4. Obtenga la Declaración de Certificación de un Médico en la sección posterior de la solicitud.

5. Firme, feche y envíe por correo todos los documentos requeridos a:  
Ciudad de Roseville:  
116 South Grant St. Suite 100, Roseville, CA 95678  
(No incluya esta solicitud con el pago de la factura)

## ¿Quién es elegible?

Debe ser un cliente actual de Roseville Electric y tener un ingreso familiar combinado no superior al especificado en este cuadro en función del número de miembros del hogar.

Familiar miembros	Ingresos brutos anuales*
1	\$60,050
2	\$68,600
3	\$77,200
4	\$85,750
5	\$92,650
6	\$99,500
7	\$106,350
8	\$113,200

\*Ingreso bruto anual identificado por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) de EE. UU. por el condado de Placer. El ingreso bruto incluye, pero no se limita a, la suma de todos los salarios, incluidos: Seguro Social, Bienestar, pagos de jubilación, pagos por discapacidad, intereses, trabajo por cuenta propia e ingresos por dividendos para todos los residentes que viven en el hogar, excluyendo a los menores dependientes menores de edad. de 18

El descuento del programa es del 50 % sobre la tarifa residencial estándar para los primeros 500 kWh de uso por período de facturación y del 15 % sobre la tarifa estándar para un uso superior a 500 kWh.

# 2023 SOLICITUD DE ASISTENCIA TARIFA MEDICA



## Declaración de Certificación - Para ser completada por un Médico

Para ser elegible para un descuento en la tarifa, un paciente debe depender de un dispositivo de soporte médico esencial. Un dispositivo de este tipo se define como cualquier dispositivo médico que requiera energía eléctrica suministrada por servicios públicos para su funcionamiento y que se requiera regularmente para sustentar la vida de cualquier persona que resida en una vivienda residencial.

En su opinión, ¿los equipos enumerados aquí cumplen con esta descripción? (Por favor marque) SI NO

Nombre del paciente

Tipo de equipo requerido

Haz un modelo

Voltaje/Vataje

El nombre del doctor

Dirección

Teléfono

Número de licencia médica de California

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que este paciente requiere regularmente el uso del equipo médico de soporte vital que se indica que funciona con electricidad.

Firma

Fecha

## ¡DETÉNGASE! ¿Estaba obligado a presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta para el año fiscal actual?

Sí, lo estaba. (NO continúe. Incluya una copia de las páginas 1 y 2 de su declaración de impuestos federales).

No, yo no era. (Por favor, rellene el siguiente formulario)

### DECLARACIÓN JURADA DE NO PRESENTACIÓN DE DECLARACIONES DE IMPUESTOS

\_\_\_\_\_ y/o \_\_\_\_\_ por la presente certifico, represento y garantizo que **No estaba obligado a presentar declaraciones de impuestos federales sobre la renta para el año calendario 20\_\_** de acuerdo con la Sección 6012 del Código de Rentas Internas por las siguientes razones: \_\_\_\_\_

**\*Se REQUIERE una explicación completa y completa al hacer la declaración anterior de no presentación para el año fiscal como se indica anteriormente. El no proporcionar la información necesaria puede resultar en la suspensión o terminación de su participación en el Programa de Asistencia de Tarifas Eléctricas o el Programa de Asistencia de Tarifas Médicas.**

**Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto. El solicitante deberá proporcionar prueba de no presentación ante una solicitud razonable de la Ciudad. Ejecutado en la fecha que se muestra a continuación.**

Nombre del solicitante (letra de imprenta)

Nombre del solicitante (letra de imprenta)

Firma del solicitante

Firma del solicitante