



**SOLICITUD PROGRAMA DE AYUDA
CON LA TARIFA DE SANEAMIENTO
PRIMAVERA 2025**

Esta aplicación está disponible en español visitando <https://www.sonomawater.org/sanitation> y/o llamando al 707-521-1885 y/o escribiendo a SanitationProgram@scwa.ca.gov

Sus Distritos y Zonas ofrecen un Programa de Reducción de Tarifas para propietarios que ocupan su vivienda¹, a quienes se les factura un Cargo por Alcantarillado en su boleta de impuestos a la propiedad. Si actualmente participa en el Programa CARE de PG&E, será elegible para el Programa de Reducción de Tarifas si cumple con todos los requisitos de elegibilidad enumerados a continuación (#1-5). Si NO participa en el Programa CARE de PG&E, además de cumplir con los requisitos #1-5, se utilizará el ingreso² familiar para determinar su elegibilidad (#6).

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

¿Participa actualmente en el Programa CARE de PG&E?

Sí se aplican los requisitos #1-5 No se aplican los requisitos #1-6

1. Ser propietario de su vivienda y que esta sea su residencia principal.
2. Recibió un cargo por servicio de alcantarillado en su factura de impuestos prediales de 2024-2025.
3. Debe solicitar el programa anualmente para continuar recibiendo la tarifa reducida.
4. Debe presentar todos los documentos requeridos que se indican a continuación.
5. Debe presentar la solicitud completa y firmada antes de la fecha límite del **10 de julio de 2025**.
6. Sus ingresos familiares totales combinados² **no deben exceder** las Guías de Ingresos. (Solo para participantes que no sean del programa PG&E CARE)

GUÍAS DE INGRESOS			
El ingreso bruto familiar no debe superar los Límites de Ingresos y Renta (según la Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Sonoma), vigentes a partir del 1 de junio de 2024; para calificar, las pautas de ingresos son el 75% del Ingreso Medio del Área.			
1 persona - \$67,425	3 personas - \$86,663	5 personas - \$103,988	7 personas - \$119,400
2 personas - \$77,025	4 personas - \$96,300	6 personas - \$111,713	8 personas - \$127,125

DOCUMENTOS REQUERIDOS	
Participante del Programa CARE de PG&E	No Participante del Programa CARE de PG&E
1. Una copia de su factura actual de PG&E que muestre la participación en el Programa CARE.	1. Una copia de todas las páginas de su declaración de impuestos federales firmada de 2024 que presentó al IRS (oculte el número de Seguro Social). Si no está obligado a presentar una declaración de impuestos, los solicitantes deben proporcionar documentación de todas sus fuentes de ingresos. Marque todas las fuentes de ingresos aplicables en la tabla a continuación.
2. Una copia de su factura de impuestos sobre la propiedad (2024-2025)	2. Una copia de su factura de impuestos sobre la propiedad (2024-2025)
3. Una copia de la solicitud completa y firmada.	3. Una copia de la solicitud completa y firmada.

- 1** Propietario que ocupa su vivienda – Ser dueño de su casa y que ésta sea su residencia principal.
2 Ingresos del hogar – Todos los ingresos de todos los miembros del hogar, provenientes de cualquier fuente, ya sean gravables o no, incluyendo, pero sin limitarse a: salarios, sueldos, pensiones, prestaciones por desempleo, ganancias de trabajo por cuenta propia, pagos por discapacidad, compensación laboral, manutención infantil o conyugal, intereses o dividendos de cuentas de ahorro, acciones, bonos, cuentas de retiro, ingresos por alquiler o regalías, ingresos en efectivo o regalos, becas, subvenciones u otra ayuda destinada a gastos de manutención, compensaciones por seguros o acuerdos legales, Seguridad Social, SSI, SSP, cupones de alimentos o TANF (AFDC).

Solicitud de Primavera 2025 para el Programa de Ayuda con la Tarifa De Saneamiento para Propietarios

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

NOMBRE (Por favor aclarar) _____ TEL. NO. _____

DIRECCIÓN DE SERVICIO _____ PARCELA/APN NO. _____

DIRECCIÓN POSTAL (Si es diferente a la anterior) _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

¿Es usted propietario de esta vivienda y reside en ella a tiempo completo como su residencia principal?

Sí o No

Fuentes de ingresos: Debe presentar documentación para cada fuente de ingresos (ocultar el número de Seguro Social).

<input type="checkbox"/> Salarios	<input type="checkbox"/> Sueldos
<input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Desempleo
<input type="checkbox"/> Ganancias por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pagos por discapacidad
<input type="checkbox"/> Compensación laboral	<input type="checkbox"/> Manutención infantil o conyugal
<input type="checkbox"/> Intereses o dividendos de cuentas de ahorro	<input type="checkbox"/> Acciones
<input type="checkbox"/> Bonos	<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro
<input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías	<input type="checkbox"/> Ingresos en efectivo o donaciones
<input type="checkbox"/> Becas	<input type="checkbox"/> Social Security, SSI, SSP
<input type="checkbox"/> Otras ayudas recibidas	<input type="checkbox"/> Estampillas de alimentos o TANF (AFDC)

INFORMACIÓN REQUERIDA para los que no participan en el programa CARE de PG&E

¿Cuántas personas viven en este hogar? _____ (Por favor, revise las guías de ingresos y la definición de ingresos en este formulario para asegurarse de que los ingresos totales del hogar no excedan las guías.)

Liste el Nombre de los Miembros del Hogar	Relación con el Solicitante	Liste el Ingreso Total de Todas las Fuentes para Cada Miembro del Hogar
El total de dinero que mi hogar recibe anualmente es		\$

AVISO: Si necesita agregar más líneas, adjunte una hoja separada. Para cualquier dependiente u otra persona en su hogar sin ingresos (por ejemplo, niños, personas mayores, o quienes no trabajan), por favor escriba el nombre completo del miembro e indique "sin ingresos".

TARIFA REDUCIDA: La tarifa reducida será el 50% de su cargo anual total por servicios de alcantarillado para el año fiscal 25/26.

Certifico que no tengo otras fuentes de ingresos aparte de las indicadas anteriormente, que la información proporcionada en esta solicitud y junto con ella es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, bajo pena de perjurio, y que cumplo con los requisitos de elegibilidad del programa.

- No soy arrendador. No alquilo ninguna unidad en esta propiedad.**
- Soy arrendador y alquilo unidades en esta propiedad. Acepto firmar un acuerdo por separado y proporcionar evidencia de la transferencia de la reducción de impuestos a mis inquilinos.**

Firma del Solicitante _____ **Fecha** _____

Imprima y firme, luego envíe por correo electrónico, correo postal o entregue la solicitud completa y firmada con los documentos requeridos a:

Sonoma Water
Attn: 2025 Sanitation Rate Relief Program
404 Aviation Boulevard, Santa Rosa, CA 95403

Para más información, llame al (707) 521-1885 o envíe un correo electrónico a SanitationProgram@scwa.ca.gov

IMPORTANTE: Debe adjuntar todos los documentos requeridos con esta solicitud.

<p>FOR ZONE USE ONLY <input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Ineligible Date _____</p>
