

SOLICITUD DEL PROPIETARIO PROGRAMA DE AYUDA CON LA TARIFA DE SANEAMIENTO PRIMAVERA 2026

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

Los distritos y zonas ofrecen un programa de reducción de tarifas para propietarios que cumplan los requisitos.¹, y a quienes se les cobra un cargo por alcantarillado en su factura 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 que se enumeran a continuación (n.º 1-5). Si NO participa en el Programa CARE de PG&E, además de los requisitos n.º 1-5, se utilizará su ingreso bruto² y el de todas las personas que viven en la propiedad para determinar su elegibilidad (#6).

REQUERIMIENTOS DE ELEGIBILIDAD

1. Su casa es suya y es su residencia principal.
2. Recibió un cargo por servicio de alcantarillado en su factura de impuestos prediales de 2025-2026.
3. Para seguir beneficiándose de la tarifa reducida, debe solicitar su participación en el programa anualmente.
4. Debe presentar todos los documentos requeridos que se enumeran a continuación.
5. Debe presentar la solicitud completa y firmada antes o en la fecha límite de **10 de julio de 2026**.
6. Sus ingresos brutos totales combinados del hogar² **no debe exceder** las pautas de ingresos. (Solo para personas que no participan en el programa PG&E CARE)

PAUTAS DE INGRESOS

Los ingresos brutos del hogar no deben exceder los límites de ingresos y alquiler (según la Comisión de Desarrollo Comunitario del Condado de Sonoma), vigentes a partir del 1 de junio de 2025; los requisitos de ingresos para calificar son el 75 % del ingreso medio del área.

1 persona - \$69,300	3 personas - \$89,100	5 personas - \$106,913	7 personas - \$122,775
2 personas - \$79,200	4 personas - \$99,000	6 personas - \$114,825	8 personas - \$130,688

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Participante del programa PG&E CARE	Participante del programa CARE que no pertenece a PG&E
1. Una copia de su factura actual de PG&E que muestre su participación en el Programa CARE.	1. Una copia de todas las páginas de su declaración de impuestos federales firmada para el año 2025 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 que acredite todas sus fuentes de ingresos. Marque todas las fuentes de ingresos que correspondan en la tabla a continuación.
2. Una copia de su factura de impuestos sobre la propiedad (2025-2026)	2. Una copia de su factura de impuestos sobre la propiedad (2025-2026)
3. Una copia de la solicitud completa y firmada.	3. Una copia de la solicitud completa y firmada.

1. Propietarios-ocupantes: Personas que poseen una propiedad y también viven en ella como su residencia principal.

2. Ingresos brutos: todos los ingresos de todas las personas que residen en la propiedad, de cualquier fuente que provengan, sean gravables o no gravables, incluyendo, pero no limitados a: sueldos, salarios, pensiones, beneficios por desempleo, ganancias de trabajo por cuenta propia, pagos por discapacidad, compensación laboral, manutención de hijos o cónyuges, intereses o dividendos de cuentas de ahorro, acciones, bonos, cuentas de jubilación, ingresos por alquiler o regalías, ingresos en efectivo o donaciones, becas, subvenciones u otra ayuda utilizada para gastos de manutención, seguros o acuerdos legales, Seguridad Social, SSI, SSP, cupones de alimentos o TANF (AFDC).

Solicitud de los propietarios para el programa de ayuda con la tarifa de saneamiento (primavera de 2026)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE (Por favor, escriba en letra de imprenta) _____ TEL. NO. _____

DIRECCIÓN DE SERVICIO _____ NÚMERO DE PARCELA/APN _____

DIRECCIÓN POSTAL (Si es diferente a la anterior) _____

DIRECCIÓN DE CORREO

ELECTRÓNICO _____

¿Actualmente participa en el programa CARE de PG&E?

Sí Si la respuesta es sí, se aplican los puntos 1 a 5. **No** Si no, se aplican los puntos 1 a 6.

¿Es usted propietario de esta vivienda y reside en ella a todo el tiempo y es su residencia principal?

Sí **o No**

INFORMACIÓN REQUERIDA PARA LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA CARE QUE NO PERTENECEN A PG&E Y PARA LOS PROPIETARIOS DE LA VIVIENDA:

Fuentes de ingresos: Debe presentar documentación para cada fuente de ingresos (tachar el número de seguro social).

<input type="checkbox"/> Salarios	<input type="checkbox"/> Salarios
<input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Prestaciones por desempleo
<input type="checkbox"/> Ganancias por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pagos por discapacidad
<input type="checkbox"/> Compensación laboral	<input type="checkbox"/> Manutención de hijos o cónyuge
<input type="checkbox"/> Intereses o dividendos de cuentas de ahorro	<input type="checkbox"/> Acciones
<input type="checkbox"/> Bonos	<input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación
<input type="checkbox"/> Ingresos por alquiler o regalías	<input type="checkbox"/> Ingresos en efectivo o regalos
<input type="checkbox"/> Becas	<input type="checkbox"/> Subvenciones
<input type="checkbox"/> Otras ayudas utilizadas para gastos de manutención	<input type="checkbox"/> Seguridad Social, SSI, SSP
<input type="checkbox"/> Seguros o acuerdos legales	<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos o TANF (AFDC)

¿Cuántas personas viven en esta propiedad? (Por favor, revise las pautas de ingresos y la definición de ingresos al dorso de este formulario para asegurarse de que los ingresos de todas las personas que viven en esta propiedad no superen dichas pautas).

Nombre	Relación con el solicitante	Ingresos totales de todas las fuentes por cada persona
Ingresos totales recibidos anualmente		\$

NOTA: Si necesita líneas adicionales, adjunte una hoja aparte. Para cualquier persona dependiente u otra persona que viva en su propiedad sin ingresos (por ejemplo, niños, ancianos, personas desempleadas), escriba el nombre completo del miembro e indique “sin ingresos”.

TARIFA REDUCIDA: La tarifa reducida será del 50% del total de su cargo anual por servicio de alcantarillado del año fiscal 2026/2027.

Certifico bajo pena de perjurio que:

No tengo otras fuentes de ingresos aparte de las indicadas anteriormente.

La información proporcionada en esta solicitud es veraz y correcta a mi leal saber y entender.

Cumplo con los requisitos de elegibilidad del programa.

No soy propietario. No alquilo ninguna vivienda en esta propiedad. Si usted es propietario, utilice la solicitud para propietarios.

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____

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

Sonoma Water
Atención: Sanitation Rate Relief Program 2026
404 Aviation Blvd., Santa Rosa, CA 95403

FOR ZONE USE ONLY

Eligible Inelegible

Date:

Para obtener más información, llame al (707) 521-1885 o envíe un correo electrónico. [Programa de saneamiento@scwa.ca.gov](mailto:saneamiento@scwa.ca.gov)

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