

# Solicitud para el Programa de Asistencia para Factura de Bajos Ingresos de Washington (LIBA) de Pacific Power



Presente la aplicación y los documentos de verificación de ingresos a su agencia local de acción comunitaria:

OIC de Washington 717 Fruitvale Blvd. Yakima, WA 98902 (509) 955-7100	Centro de Acción Comunitaria del Noroeste 706 Rentschler Ln Toppenish, WA 98948 LIBA@yvwfc.org (509) 865-7630	Consejo de Acción de Blue Mountain 8 E Cherry St. Walla Walla, WA 99362 energy@bmacww.org (509) 529-4980
--	---	--

## Directrices del Programa LIBA:

- Disponible para propietarios o inquilinos que sean clientes residenciales de Pacific Power.
- Para calificar, el ingreso familiar del cliente debe ser igual o inferior al 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) o al 80% del Ingreso Medio del Área (AMI, por sus siglas en inglés), la cifra que sea mayor.
- Los clientes que cumplan los requisitos se situarán en uno de los tres niveles de descuento, entre el 15% y el 70% de descuento de la factura neta.
- Descuento en la factura aplicable únicamente al servicio residencial principal del cliente.
- El periodo de certificación es de un año, y de dos años para los clientes con ingresos fijos.
- Clientes certificados por agencias locales de acción comunitaria.
- Póngase en contacto con su agencia local si necesita ayuda con la aplicación.

Aplicación  Renovación

## INFORMACIÓN DEL CLIENTE DE PACIFIC POWER:

(Se requiere de toda la información. Por favor escriba claramente.)

Número de Cuenta: Puede encontrarlo en la esquina superior derecha de su factura de Pacific Power.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nombre (tal como aparece en su factura de Pacific Power)

Dirección de Residencia (no apartados de correos, por favor)

Ciudad, Estado

Código Postal

Dirección Postal (si es distinta de la de residencia)

Ciudad, Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Número de Celular

Dirección de Correo Electrónico

Actualmente tengo ingresos fijos y recibo ingresos o beneficios de uno o varios de los siguientes: Pensiones, Seguridad Social, Pago Suplementario Estatal (SSP) o Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI), intereses/dividendos de cuentas de jubilación, Medicaid (a partir de 65 años) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Si es así, marque esta casilla:

# Solicitud para el Programa de Asistencia para Factura de Bajos Ingresos de Washington (LIBA) de Pacific Power



## INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LOS INGRESOS DEL CLIENTE:

Número de personas en mi hogar.  +  =   
 Adultos Niños Total

Para la tabla siguiente, incluya a todos los miembros de su hogar mayores de 18 años, empezando por usted. Debe incluir la documentación de todos los ingresos de las fuentes indicadas, por cada persona.

Por fuente de ingresos admisible se entienden todas las fuentes sujetas y no sujetas a impuestos.

Estas fuentes pueden incluir, entre otras, las siguientes: Pensión Alimenticia, Anualidades, Manutención de los Hijos, Compensación por Incapacidad, Dividendos, Pago por Acogida, Intereses, Paga Militar, Pensiones, Ingresos por Alquiler, Jubilación, Regalías, Asistencia Federal para Familias Necesitadas (TANF), Desempleo, Seguridad Social, SSDI, SSI, Ingresos por Trabajo por Cuenta Propia (después de gastos), Compensación de los Trabajadores, Salario/Sueldo Devengado, Ley de Ausencia Medica y Familiar (FMLA).

Miembros del Hogar (18 años o más)	Fuente de Ingresos	Total del Ingresos Brutos Mensuales			Deducciones	Total de Ingresos Brutos Ajustados
		Mes 1	Mes 2	Mes 3		

Totales:

--	--	--	--	--	--	--

## DECLARACIÓN (Lea atentamente y firme a continuación)

Certifico que he facilitado y revisado la información anterior y que es exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que seré responsable de la posible pérdida de la prestación si he facilitado datos falsos a sabiendas. Doy permiso a Pacific Power y a esta agencia para divulgar la información necesaria de la cuenta con el propósito de determinar la elegibilidad y el análisis de datos actuales o futuros. Entiendo que toda la información es confidencial y no se utilizará para nada más que lo indicado anteriormente.

X \_\_\_\_\_  
 Firma del cliente de Pacific Power

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Agency Use Only	
File Number: _____	<b>Benefit Level:</b>
Certification Date: _____	Credit Level A (0-75% FPL) _____
Certification Period: _____	Credit Level B (76-100% FPL) _____
	Credit Level C _____ (101%-200% FPL or 80% AMI, whichever is greater)