

# SOLICITUD DE EXONERACIÓN DE LOS USUARIOS DE SUMINISTROS/SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS LIFELINE PARA AGUA Y ELECTRICIDAD

(Solo para Residentes de la Ciudad de Los Angeles)

Solicitud / documentos por correo electrónico a:

[Finance.lifelineprogram@lacity.org](mailto:Finance.lifelineprogram@lacity.org)

Lifeline Program contacto#

(213) 978 -3050

Fax# 213-978-1548

Office of Finance

Utility Tax Exemption

P.O. Box 53233

Los Angeles, CA 90053-0233

MARCAR UNO

- Solicitud nueva
- Cambio de Nombre
- Cambio de Dirección
- Re-Certificación

ESTOY SOLICITANDO COMO

- Ciudadano de la Tercera Edad
- Ciudadano Discapacitado

FOR OFFICE USE ONLY

DATE Received

MONTH

DAY

YEAR

Account Number

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre               | Inicial              | Apellido             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Correo Electronico

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Dirección donde se proveen los servicios | Numero de departamento/espacio |
| <input type="text"/>                     | <input type="text"/>           |

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ciudad               | Estado               | Código Postal        |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- Residencia  Casa Móvil

Teléfono durante el día:

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Área                 | Teléfono             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Dirección Postal (si es diferente a la anterior) | Numero de departamento/espacio |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/>           |

Fecha de Nacimiento:

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ciudad               | Estado               | Código Postal        |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Mes                  | Día                  | Año                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Favor de incluir una copia de su factura mas reciente para cada servicio por el cual busca la exoneración. La exoneración no puede ser aprobada si el nombre que aparece en la cuenta no es el mismo que aparece en la solicitud.

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Agua y Energía<br>Se incluye el servicio en su renta?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Nombre <input type="text"/><br>Inicial <input type="text"/><br>Apellido <input type="text"/>   |
| Número de personas en el hogar <input type="text"/>   | Número de cuenta <input type="text"/><br>Servicios Lifeline Solicitados: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Agua |

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compañia de Gas del sur de California<br>Se incluye el servicio en su renta?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Nombre <input type="text"/><br>Inicial <input type="text"/><br>Apellido <input type="text"/> |
|  | Número de cuenta <input type="text"/>  |

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compañía Telefónica Local | Nombre <input type="text"/><br>Inicial <input type="text"/><br>Apellido <input type="text"/> |
| Nombre de la Compañía                              | <input type="text"/>   |

|                        |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|
| Teléfono del domicilio | Área <input type="text"/><br>Teléfono <input type="text"/> | Teléfono adicional para un miembro del domicilio | Área <input type="text"/><br>Teléfono <input type="text"/> |
|------------------------|--|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono Celular | Nombre <input type="text"/><br>Inicial <input type="text"/><br>Apellido <input type="text"/> |
| Nombre de la Compañía                     | Número de teléfono <input type="text"/>  |

Firma requerida al reverso

## Certificación

(Favor de leer atentamente)

1. Soy usuario de suministros residenciales y la dirección donde se reciben los servicios está dentro de la Ciudad de Los Ángeles y soy responsable por el pago de las cuentas de servicio, las cuales están a mi nombre.
2. Soy:
  - a. **Un ciudadano de la tercera edad.** 62 años o mayor, o un
  - b. **Ciudadano Discapacitado** un individuo será considerado discapacitado si no puede ocuparse en empleo o actividad lucrativa substancial por motivos médicos o mentales determinables, los que pueden resultar en muerte o que son de duración prolongada, continua, e indefinida.
3. Los ingresos combinados ajustados (son usados para determinar impuestos personales del Estado de California.) de todos los miembros del hogar donde resido es **menor de \$45,050 para el año calendario anterior;**
4. Los impuestos cargados a la cuenta de suministros descrita anteriormente no serán pagados por una agencia pública o por fondos recibidos de una agencia pública con el propósito específico del pago de dichos impuestos.

### **POR FAVOR SEGUIR TODAS LAS INSTRUCCIONES. FORMULARIOS INCOMPLETOS NO SERAN PROCESADOS.**

(Para acortar el tiempo de procesamiento de su solicitud, por favor entregue todos los documentos requeridos pertinentes a su caso, como persona de tercera edad o discapacitada, junto con este formulario completado y envíe de inmediato a la dirección que se encuentra en la parte delantera de este formulario.)

#### **SI USTED ES UN CIUDADANO DE TERCERA EDAD, por favor entregue:**

1. Prueba de Edad – Adjunte una copia de su licencia de conducir o tarjeta de identificación del Estado de California u otro documento aceptable que compruebe su edad;
2. Una copia entera de su cuenta del Los Ángeles Department of Water and Power (DWP) que muestre el nombre del aplicante y la dirección de servicio actual. (Favor de no enviar solamente la porción de pago.);
3. Una copia entera de su cuenta de Gas que muestre el nombre del aplicante y la dirección de servicio actual. (Favor de no enviar solamente la porción de pago.) Si no le es pertinente, escriba “NINGUNA”
4. Una copia entera de su cuenta de teléfono con el nombre del aplicante, dirección de servicio actual, impuesto de la Ciudad de Los Ángeles y, si es pertinente, la página que muestra el nombre de su proveedor de servicios de llamadas de larga distancia. (Favor de no enviar solamente la porción de pago.) Si no le es pertinente, escriba “NINGUNA.”
5. Comprobante de Ingresos del solicitante y de cada miembro del hogar (según lo indicado en la solicitud) **para el año calendario anterior al año fiscal para el cual se busca la exoneración. Por favor incluya una copia del Formulario 540 de su declaración de impuestos para residentes del Estado de California.** Estado de cuenta de sus beneficios del Seguro Social, carta con el monto de beneficios recibidos del Seguro Social, una carta de Asistencia General (General Relief) o de Cal Works/AFDC (copia entera.) Si ninguno de los documentos anteriores es pertinente a su caso, usted debe proveer una carta notariada que demuestre sus ingresos. **Nota: No se aceptarán copias de cheques de ningún condado, Formularios W-2, Estado de ganancias y deducciones (talón de cheque de salario) o Formulario 1040 de su declaración de impuestos del Gobierno Federal.**

#### **SI USTED ES UN CIUDADANO DISCAPACITADO, por favor entregue:**

1. Prueba de discapacidad – **Una certificación reciente (dentro de los últimos dos años) firmada por un medico licenciado** quien atestigua que usted esta físicamente o mentalmente discapacitado y que su condición podría resultar en la muerte o es de duración prolongada continua e indefinida, por lo tanto, no permitiendo que se ocupe en empleo o actividad lucrativa, y
2. **Todos los documentos requeridos bajo “Ciudadano de la Tercera Edad” (ver anteriormente), excepto el requisito numero 1, prueba de edad.**

Personas quienes califiquen para la porcion LADWP del descuento, pueden tambien calificar para el descuento del departamento de Salubridad (Sanitation). Su elegibilidad sera revisada dos veces al año. Para nuevos clientes, la Tarifa de Descuento perteneciente al programa Lifeline del DWP entrará en vigencia durante el primer ciclo de facturación completo luego de ser aprobada su solicitud por el DWP. Clientes existentes continuaran recibiendo el programa siempre que mantengan elegibilidad. Favor de notificar a la Oficina de Finanzas de la Ciudad acerca de cualquier cambio en la información que usted proporcionó en este documento. La solicitud debe de ser completada dentro de un periodo de 90 días a partir de un cambio de nombre o domicilio para poder mantener su exoneración. Un cambio de apartamento, dentro del mismo edificio, constituye un cambio de dirección. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, por favor llame al Utility Tax Exemption Unit (213) 978-3050; personas con problemas de audición (TTY) llamen al (213) 978-1532. Si llama del código (818) por favor llame al (818) 756-8121 y luego proceda a marcar 978-3050; personas con problemas de audición (TTY) llamen al (213) 978-1532. Para preguntas sobre las tarifas del programa Lifeline del DWP, favor de llamar al 1-800-342-5397.

*Yo certifico, bajo pena de perjurio y bajo las leyes del Estado de California que la información anterior es verdadera y correcta. Al completar este formulario y presentar esta solicitud a la Oficina de Finanzas en forma electrónica, como correo electrónico (email), yo estoy de acuerdo que el formulario presentado tiene el mismo efecto legal, validez y cumplimiento que una forma presentada via el Servicio Postal o en persona. También estoy de acuerdo que el formulario mencionado anteriormente representa legalmente un documento enviado por mi o mi representante legal.*

Yo NO deseo participar en otros programas de descuentos aunque yo pueda calificar; por favor NO comparta mi información.

Firma

Mes Día Año Fecha

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|