



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE ASISTENCIA AL CLIENTE

INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE AUSTIN

Nombre del titular de la cuenta: Apellido, nombre e inicial del segundo nombre _____ Número de cuenta de servicios públicos _____

Dirección de servicio _____ Dirección postal (en caso que sea diferente de la dirección de servicio) _____

Telefono fijo _____ Telefono del trabajo _____ Correo electronico _____

Firma del titular de la cuenta para autorización _____

Nombre de la persona elegible para el Programa de Asistencia al Cliente _____ Fecha de nacimiento _____

DOCUMENTACIÓN ELEGIBLE - Usted **DEBE** enviar una copia de cualquiera de los documentos de ingresos o del programa. No proporcionar uno de estos documentos tendrá como consecuencia la denegación de la solicitud.

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS PARA CALIFICAR

CANTIDAD DE PERSONAS EN EL HOGAR - Cantidad de personas que viven en su hogar: _____ (incluye todos los adultos y niños en esta dirección).

Su ingreso bruto familiar anual total de todas las fuentes no puede exceder estas pautas:

Cantidad de personas en el hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso familiar anual total	\$27,180	\$36,620	\$46,060	\$55,500	\$64,940	\$74,380	\$83,820	\$93,260

Si califica utilizando su ingreso familiar total, debe proporcionar prueba del ingreso familiar con esta solicitud (proporcione **todos** los documentos que correspondan).

- Copia de los comprobantes de pago más recientes de todos los empleadores de los últimos dos meses de todos los miembros del hogar;
- Su declaración de impuestos presentada más reciente (debe estar firmada) o formulario W2;
- Una carta firmada de cada empleador en la que se indique el nivel de su salario;
- Documentación de sus ingresos de seguro social;
- Copia de un formulario de desempleo con las fechas de elegibilidad;
- Copias de los dos cheques de desempleo más recientes;
- Copia de la declaración bancaria más reciente que demuestre el depósito directo de los ingresos (para la SSI, Seguro Social, anualidad, jubilación).

DOCUMENTACIÓN DE CALIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Si usted o alguien en su hogar participa en uno de los programas que aparecen abajo, por favor envíe una copia de la documentación.

1. Aviso de Acción de Caso de Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas
2. Aviso de Acción de Caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (conocido como cupones para alimentos)
3. Carta de Confirmación de Inscripción al Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas
4. Carta de Inscripción al Programa Telefónico Lifeline o factura de teléfono en la que figure la inscripción
5. Aviso de Carta Pago del Programa Integral de Ayuda Energética (CEAP) para el Condado de Travis
6. Tarjeta del Programa de Acceso Médico (MAP)
7. Carta de Adjudicación de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
8. Carta de Apoyo a la Vivienda del Departamento de Asuntos de veteranos (VASH)

ENVÍO DE LA SOLICITUD

Enviar por correo postal a:
Customer Assistance Program
PO Box 848
Killeen, Texas 76540-9915

Enviar por correo electrónico a:
billhelp@austinenergy.com

Enviar por fax a: (855) 319-6629

¿Preguntas? (855) 319-6630