



# 고객 지원 프로그램(CAP) 일반 가정 고객용 신청서

## 1. 고객 정보: (인쇄체로 알아보기 쉽게 써주시기 바랍니다)

EBMUD 계정 번호 \_\_\_\_\_

성명	( ) 전화번호	이메일
집 주소 (P.O.Box 는 주소로 인정되지 않음)	아파트 #	시
우편 번호		
우편 주소 (집 주소와 다른 경우)	아파트 #	시
우편 번호		

## 2. 세대 인원 수: (신청서 뒷면에 제시된 지침을 참조하십시오.) \_\_\_\_\_

세대 구성원별로 접수 가능한 종류의 신분증 사본 1부를 첨부하십시오.

## 3. 연간 가구 총 소득: (모든 세전 소득) \_\_\_\_\_

## 4. 세대 소득원: (신청서 뒷면에 제시된 지침을 참조하십시오.)

이 세대에 거주하는 인원별 모든 소득원을 기재해야 합니다. 다음 중 세대 구성원이 받고 있는 모든 소득원을 체크하고 **소득원별 입증 서류를 첨부하십시오.**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 총 임금 및/또는<br>자영업으로부터 얻는 총 수익 | <input type="checkbox"/> 장애 또는 산재 보상 지급금    | <input type="checkbox"/> 저축, 주식, 채권 또는 퇴직 연금 계좌<br>에서 발생하는 이자/배당금 |
| <input type="checkbox"/> 실업 수당                        | <input type="checkbox"/> 연금                 | <input type="checkbox"/> 장학금, 지원금 또는 기타<br>생활 보조금                 |
| <input type="checkbox"/> 배우자 또는 자녀 보조                 | <input type="checkbox"/> 사회 보장 수당           | <input type="checkbox"/> 보험금 또는 법적 합의금                            |
| <input type="checkbox"/> 일반 지원, 현금 및/또는 기타 소득         | <input type="checkbox"/> SSP 또는 SSDI        |   |
|   | <input type="checkbox"/> 임대 소득 또는 저작권 인세 소득 |   |

## 5. 지원 진술서 및 체크 리스트: (다음 내용을 확인한 후 세 가지 항목에 체크한 뒤 서명하고 날짜를 기재하십시오.)

나는 이 신청서에 기재한 정보가 진실되고 올바른 것임을 증명하며 위증이 있을 경우 이에 따른 처벌을 받겠습니다. 나는 고객 지원 프로그램의 자격 요건을 확인하고 이해하였으며, 이에 참여하기 위해 소득 증명을 제공하는 데 동의합니다. 나는 지원 자격에 영향을 미칠 수 있는 모든 세대 또는 소득 변경 사항을 EBMUD에 알리는 데 동의합니다.

- 나는 세대 구성원별로 허용되는 신분증을 첨부하였습니다.
- 나는 연간 가구 총 소득을 입증하기 위한 접수 가능한 소득 증명을 첨부하였습니다.
- 나는 모든 사회 보장 번호의 첫 다섯 숫자를 제출 서류에서 가리거나 삭제하였습니다.

EBMUD의 고객 지원 프로그램을 어떻게 알게 되셨습니까?

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EBMUD 웹사이트  | <input type="checkbox"/> 사회 보장 서비스 기관 |
| <input type="checkbox"/> EBMUD 직원  | <input type="checkbox"/> 신문/ 광고       |
| <input type="checkbox"/> 비영리 기관 (예: St. Vincent de Paul, Catholic Charities 등) | <input type="checkbox"/> 기타: _____    |

지원인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

## 6. 작성한 신청서와 모든 필수 소득 증명 서류를:

다음 주소로 미국 우편 송부: EBMUD, MS #42 CAP, P. O. Box 24055, Oakland, CA 94623

또는 다음 번호로 팩스 송부하십시오: 510-465-3470

(통상 처리 기간은 3~4주입니다. 신청서가 승인되면 CAP 크레딧이 다음 대금 청구서에 표시됩니다.)

이 선 아래 부분은 기재하지 마십시오

DATE RECEIVED	RECOMMENDED	PROCESSED BY	DATE
COMMENTS _____			



## 프로그램 개요

EBMUD는 저소득 일반 가정 고객의 수도 요금을 지원하는 고객 지원 프로그램(CAP)을 제공하고 있습니다. 자격 요건을 충족하는 고객에게는 EBMUD가 표준 격월 수도 서비스 요금의 절반과, 매월 인당 최대 1,050 갤런까지 자격 요건을 충족하는 세대의 가정용 수도 사용량의 절반을 지원합니다. 또한 하수도 서비스 요금의 35%와 방류 요금의 35%를 지원 합니다. 프로그램의 자격 요건을 충족하려는 세대는 오른쪽 표의 프로그램 소득 지침을 충족해야 합니다.

## 프로그램 자격 요건

- EBMUD 청구서가 귀하의 성명으로 발행되어야 합니다.
- 일반 가정용 계정이어야 합니다.
- 할인이 적용되는 주소에 거주 중이어야 합니다.
- 가정 또는 아파트에는 개별 수도 계량기가 있어야 합니다.  
*(건물이 상업용 건물, 두 세대용 건물, 세 세대용 건물, 네 세대용 건물이거나 계량기가 한 개만 있는 아파트 건물이어서는 안 됩니다).*
- 귀하의 세대가 위의 표에 기재된 CAP 소득 지침을 충족해야 합니다.
- 귀하가 다른 사람의 소득세 신고에서 피부양자로 신고되어 있지 않아야 합니다*(귀하의 배우자 제외).*
- 각 세대 구성원에 대해 다음 신분증 종류 중 **하나**를 제출해야 합니다.  
*(사회 보장 카드는 허용 가능한 신분증이 아닙니다).*
  - 캘리포니아 주 운전면허증 또는 캘리포니아 주 신분증*(성인의 경우)*
  - 의료 카드 또는 학생증*(미성년자의 경우)*
- 소득이 있는 모든 세대 구성원별로 다음 중 적어도 **하나**를 제출하여 **연간 가구 총 소득**을 입증해야 합니다.
  - 작년 세금 신고서(1040, 1040A 또는 1040-EZ)와 함께 제출한 모든 Schedules C 및 E
  - 사회 보장/연금 혜택 명세서, 보조적 소득 보장(SSI) 증서, 캘리포니아 취업 기회 및 아동에 대한 책임(CAL Works) 증서, 또는 전자 송금(ACH) 예치금 증명서
  - 최근 두 기간의 급여 명세서
  - 카운티 보조(County Assistance) 또는 기타 소득원에 대해 귀하의 성명, 현재 날짜 및 소득 금액이 표시되어 있는 인쇄물

**주의:** 제출하는 서류에서 **모든 사회 보장 번호의 첫 다섯 숫자를 가리거나 삭제하여 귀하의 정보를 보호하시기 바랍니다.**
- 귀하의 세대가 더 이상 CAP 프로그램의 자격 요건을 충족하지 않는 경우 반드시 EBMUD에 알려야 합니다.
- 귀하는 2년마다 귀하의 자격 요건을 재증명해야 합니다.

CAP 소득 기준	
세대 내 구성원 수	연간 세대 소득 <i>(모든 세전 소득원)</i>
1-2	\$54,800 이하
3	\$61,650 이하
4	\$68,500 이하
5	\$74,000 이하
6	\$79,500 이하
추가 인원별 추가 금액:	\$5,500

## 더 자세한 정보는

무료 전화 1-866-40-EBMUD(1-866-403-2683)로  
월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 4시 30분 사이에 연락해 주시기 바랍니다.

이메일: [customerservice@ebmud.com](mailto:customerservice@ebmud.com)

TTY 번호: 510-763-1035

웹사이트: [www.ebmud.com](http://www.ebmud.com)