

수도 서비스 중단 면제 요청

이름: _____

부동산 주소: _____

계좌번호: _____

미납으로 인한 수도 서비스 중단을 방지 **하려면 다음 조건을 모두 충족해야 합니다 .**

1. 건강 상태 - 저는 수도 서비스 중단이 (a) 생명을 위협하거나 (b) 거주자의 건강과 안전에 심각한 위협이 될 수 있다는 1차 진료 제공자의 증명서를 첨부했습니다.

그리고

2. 재정적 무능력 - 본인은 정상적인 청구 주기 내에 수도 서비스 요금을 납입일에 재정적으로 지불할 수 없음을 증명합니다. 본인 또는 가족 구성원은 다음과 같습니다.
 - a. 현재 CalWORKS , CalFresh , 일반 지원, Medi-Cal, SSI/주 추가 지급 프로그램 또는 여성, 유아 및 어린이를 위한 캘리포니아 특별 보충 영양 프로그램 중 하나를 받고 있는 수혜자. (서류첨부)

또는

- b. 현재 가구의 연간 소득이 연방 빈곤 수준의 200% 미만인 경우

그리고

3. 대체 지불 약정 - 저는 Soledad 시 정책에 따라 상각 계약 또는 대체 지불 일정을 체결할 용의가 있습니다. *[계약서 첨부]*

고객 서명: _____ 날짜: _____

정자체 이름: _____ 승인자: _____