

Yêu cầu Miễn ngừng Dịch vụ Nước

Tên: _____

Địa chỉ tài sản: _____

Số tài khoản: _____

TẤT CẢ các điều kiện sau đây phải được đáp ứng để tránh việc ngừng cung cấp dịch vụ nước do không thanh toán:

1. Tình trạng sức khỏe - Tôi đã đính kèm chứng nhận của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính rằng việc ngừng cung cấp dịch vụ cấp nước sẽ (a) đe dọa tính mạng, hoặc (b) đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe và sự an toàn của cư dân.

VÀ

2. Không có khả năng tài chính - Tôi xác nhận rằng tôi không đủ khả năng tài chính để thanh toán dịch vụ nước trong chu kỳ thanh toán thông thường khi đến hạn. Tôi hoặc một thành viên trong gia đình của tôi là:
 - a. Người hiện đang nhận một trong các quyền lợi sau: CalWORKS , CalFresh , hỗ trợ chung, Medi-Cal, SSI / Chương trình Thanh toán Bổ sung của Tiểu bang, hoặc Chương trình Dinh dưỡng Bổ sung Đặc biệt của California dành cho Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em. (Đính kèm tài liệu)

HOẶC

- b. Thu nhập hàng năm của hộ gia đình hiện tại thấp hơn 200% mức nghèo của Liên bang

VÀ

3. Các Thỏa thuận Thanh toán Thay thế - Tôi sẵn sàng ký kết một thỏa thuận khấu hao hoặc lịch trình thanh toán thay thế phù hợp với chính sách của Thành phố Soledad. **[Thỏa thuận đính kèm]**

Chữ ký của khách hàng: _____ Ngày: _____

Tên in: _____ Được chấp thuận bởi: _____