

申请豁免停止供水服务

姓名： _____

物业地址： _____

帐号： _____

必须满足以下所有条件，以避免因未付款而中断供水：

1. 健康状况 - 我已附上初级保健提供者的证明，证明停止供水服务将
(a) 危及生命，或 (b) 对居民的健康和安全构成严重威胁。

和

2. 经济无能 - 我证明我在正常计费周期内无法支付到期的供水服务费
用。我或我的家庭成员是：

- a. 当前获得以下福利之一： CalWORKS 、 CalFresh 、 一般援助、 Medi-Cal、 SSI/州补充支付计划或加州妇女、 婴儿和儿童特殊补充营养计划。 (附上文件)

或者

- b. 当前家庭年收入低于联邦贫困线的 200%

和

3. 替代付款安排—我愿意签订符合索莱达市政策的摊销协议或替代付款
时间表。 **【附协议】**

客户签名： _____ 日期： _____

印刷体名称： _____ 批准人： _____