EXENCIÓN DE IMPUESTOS PARA USUARIOS / APLICACIÓN DE TARIFA DE LIFELINE ELÉCTRICA

(Solo para residentes de la ciudad de Los Ángeles)

For Office Use Only
Account Number:

Dirección de correspondencia:

City of Los Angeles | Office of Finance
Utility Tax Exemption Unit
P.O. Box 53233
Los Ángeles, CA 90053-0233

Información de contacto del programa Lifeline:

Número de Teléfono Fijo: (844) 663-4411
Número de Fax: (213) 978-1548
Correo Electrónico: finance.lifelineprogram@lacity.org

INSTRUCCIONES Y LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS REQUERIDOS

Siga todas las instrucciones a continuación, ya que las solicitudes incompletas le serán devueltas. Si necesita ayuda para completar esta solicitud o tiene alguna pregunta sobre los requisitos, llame al (844) 663-4411 para obtener asistencia.

1. Incluya una copia de cada factura de servicios públicos para la que solicita un descuento. El nombre y la dirección de servicio en cada factura **DEBEN** coincidir con el nombre y la dirección de servicio en la solicitud. NO envíe solo la parte del pago. "No se puede conceder la renuncia si el nombre en la factura de servicios públicos no es el mismo que el nombre del solicitante."
    a. REQUERIDO: Factura del Departamento de Agua y Energía (DWP) de la Ciudad de Los Ángeles con el nombre del solicitante, la dirección de servicio actual y el número de cuenta.
    b. Factura de gas del sur de California con el nombre del solicitante, dirección de servicio actual y número de cuenta.
    c. Hasta dos facturas de teléfono, cada una con el nombre completo y el número de teléfono del solicitante.
2. Comprobante de ingresos **de cada miembro de su hogar** cómo se indica en el frente de la solicitud. Favor proporcione uno de los siguientes requisitos:
    a. Declaración de impuestos de California del año anterior (formulario 540, lados 1 y 2).
    b. Declaración de beneficios del Seguro Social del año anterior.
    c. Carta de concesión de SSI por discapacidad del año anterior.
    d. Carta de concesión (Aviso de acción) para CALWORKS, CAPI, ALIVIO GENERAL o cupones para alimentos.
    e. Para un bebé o menor, Certificado de Nacimiento
    f. Para estudiante de tiempo completo, tarjeta de identificación escolar o confirmación de inscripción con el año escolar.
    g. Para los veteranos, se requiere la declaración de impuestos de California del año anterior (formulario 540, lados 1 y 2).
    h. Si nada de lo anterior es aplicable, debe proporcionar una CARTA NOTARIZADA que indique los ingresos.

3. Prueba de edad o discapacidad
    a. Si es una persona mayor (de 62 años o más), adjunte una copia de su licencia de conducir del estado de California, tarjeta de identificación del estado de California u otra identificación con nombre y fecha de nacimiento.
    b. Si tiene una discapacidad permanente, adjunte una certificación reciente (dentro de los últimos 2 años) firmada por un médico autorizado que acredite que tiene una discapacidad física y/o mental que se puede esperar que resulte en la muerte o que sea de larga duración e indefinido, por lo tanto, incapaz de realizar un empleo remunerado sustancial.

Las personas que califican para la parte DWP de este programa pueden calificar para un descuento en la tarifa de recursos sólidos. La elegibilidad se revisará cada dos años. Para los nuevos solicitantes, la tarifa de descuento Lifeline de DWP entrará en vigor el primer período de facturación completo después de que DWP reciba la solicitud aprobada. Los clientes existentes seguirán disfrutando de la tarifa con descuento siempre que mantengan su elegibilidad. Notifique a la Oficina de Finanzas sobre cualquier cambio en la información proporcionada en esta solicitud. Se debe completar una nueva solicitud dentro de los 90 días posteriores al cambio de nombre o dirección para mantener su exención. Un cambio de apartamento en el mismo edificio es un cambio de domicilio. Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, llame al programa Lifeline al (844) 663-4411. Si tiene preguntas sobre la tarifa DWP Lifeline, llame al 1-800-342-5397.

EXENCIÓN DE IMPUESTOS PARA USUARIOS / APLICACIÓN DE TARIFA DE LIFELINE ELÉCTRICA
(Solo para residentes de la ciudad de Los Ángeles)

1. Estoy presentando como: ☐ Mayor de edad (62+) ☐ Incapacitado

2. Descuentos Solicitados (marque todos los que apliquen):

   ☐ DWP- Eléctrico ☐ SoCal Gas ☐ Teléfono fijo ☐ Celular

3. ¿Cuántas personas viven en su hogar?

   Adultos _____ Menores/estudiantes de tiempo completo _____

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Nombre Completo: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ Número de teléfono durante el día: _____

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL SERVICIO

Dirección: _____ Número de Apartamento/Espacio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTERIOR)

Dirección: _____ Número de Apartamento/Espacio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

DWP - INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Nombre Completo: _____

DWP - Número de Cuenta Eléctrica: _____

SOCAL GAS - INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Nombre Completo: _____

So Cal Gas - Número de Cuenta: _____

INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE TELÉFONO FIJO

Nombre de Facturación: _____

Nombre del Proveedor: _____ Número de Teléfono Fijo: _____

INFORMACIÓN DE LA CUENTA DEL CELULAR

Nombre de Facturación: _____

Nombre del Proveedor: _____ Número del Celular: _____

CERTIFICACIÓN

Soy un usuario de servicios públicos en mi dirección de servicio residencial dentro de la ciudad de Los Ángeles y soy responsable del pago de dichas facturas de servicios públicos que están todas a mi nombre;

1. Soy un
   a. Ciudadano mayor: 62 años de edad o más, o un
   b. Ciudadano discapacitado: Una persona se considerará discapacitada si no puede realizar ninguna actividad lucrativa sustancial debido a cualquier impedimento físico o mental médicamente determinable que se pueda esperar que resulte en la muerte o que sea de larga duración e indefinido.

2. El ingreso bruto ajustado combinado (según se utiliza para los fines de la Ley del Impuesto sobre la Renta Personal de California) de todos los miembros del hogar en el que resido es inferior a $66,650 para el año calendario anterior.

3. El monto del impuesto a los servicios públicos mencionado anteriormente no es pagado por una agencia pública ni con fondos recibidos de una agencia pública específicamente para el pago de dicho impuesto.

FIRMA

Certifico, bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California, que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Al completar este formulario y enviarlo a la Oficina de Finanzas en formato electrónico, como correo electrónico, acepto que el formulario tiene el mismo efecto legal que un formulario enviado por correo postal de EE. UU. o en persona. Acepto que la Oficina de Finanzas de Los Ángeles y el DWP de Los Ángeles puedan compartir mi información con otras empresas de servicios públicos o agencias para inscribirme en sus programas de asistencia. Entiendo que mi información se compartirá únicamente con agencias que ofrecen programas de descuentos y que hayan acordado mantener la información confidencial. También aceptó que el formulario antes mencionado representa legalmente un documento enviado por mí o mi representante legal.

FIRMA:_____ FECHA:_____