



Для получения информации о программе RAP позвоните в отдел обслуживания по телефону **(650) 329-2161**.

**Время работы:** понедельник – четверг, с 08:00 до 17:30, и пятница, с 08:00 до 16:30.

**Способы подачи заявления**

<b>Через Интернет:</b>	<b>По эл. почте:</b>	<b>По обычной почте:</b>
Заполните заявление онлайн для ускоренной регистрации по адресу: <a href="http://CityofPaloAlto.org/RAP">CityofPaloAlto.org/RAP</a>	Отправьте фотоснимок или сканированное изображение всех страниц заявления по эл. почте: <a href="mailto:CreditCollections@cityofpaloalto.org">CreditCollections@cityofpaloalto.org</a>	Отправьте заполненные страницы заявления по адресу: Utilities Credit and Collections, 250 Hamilton Ave, Ground Floor, Palo Alto, CA 94301
	<b>Факс:</b>	
	Отправьте заполненное заявление и документы на номер (650) 326-4941	

<b>Информация о потребителе</b>	<input type="radio"/> Новое заявление	ИЛИ	<input type="radio"/> Заявление на продление
<b>Имя владельца счета</b> (как оно указано в счете CPAU*)	<b>Номер счета CPAU</b> (8-значный номер, начинающийся с 30)		
	3	0	
<b>Адрес обслуживания</b>	<b>Почтовый адрес</b> (если отличается от адреса обслуживания)		
<b>Город</b>	<b>Штат</b>	<b>Почтовый индекс</b>	<b>Город</b>
Пало-Альто	Калифорния		
<b>Номер телефона</b>		<b>Адрес эл. почты</b>	
( )	-		
<b>Общее число людей, находящихся дома в течение всего рабочего дня:</b>	<b>Взрослые</b>	<b>Дети (до 18 лет)</b>	<b>Итого</b>

**Категория** Укажите категорию, в связи с которой Вы подаете заявление (отметьте только **ОДИН** вариант)

<input type="radio"/> <b>Медицинская программа RAP:</b> скидка <b>25%</b> на счет за газ и/или электричество. Для жителей, имеющих заболевание, проходящих лечение или использующих оборудование, требующее повышенного потребления коммунальных услуг. <b>Заполните разделы M1 и M2.</b>	<b>Примечание:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Потребителям, имеющим право как на финансовую, так и на медицинскую скидку, следует подать заявление на финансовую скидку, поскольку она обеспечивает наиболее полные преимущества.</li> <li>• Заявитель не может получать финансовую или медицинскую скидку наряду с любыми другими скидками.</li> <li>• Скидка не распространяется на налог для потребителей коммунальных услуг или на любые другие коммунальные услуги. Налог для потребителей коммунальных услуг будет рассчитываться до применения скидки.</li> <li>• Возможно, заявителям придется ежегодно подтверждать свое право на участие в программе, и потребитель обязан уведомить Департамент коммунального хозяйства в случае изменения критериев правомочности.</li> <li>• Скидка может действовать только для одного счета коммунальных услуг на одного клиента.</li> </ul>
<input type="radio"/> <b>Финансовая программа RAP:</b> скидка <b>25%</b> на счет за газ и электричество, также скидка <b>20%</b> на плату за ливневую канализацию. Должны быть соблюдены требования по уровню дохода. Информация об уровнях дохода представлена на обратной стороне бланка. <b>Заполните разделы F1 и F2.</b>	

<b>Медицинская программа RAP</b>	<b>Раздел M1: Требования</b>		
<b>Имя жителя с отвечающим требованиям медицинским состоянием</b>	<b>Имя</b>	<b>Отчество</b>	<b>Фамилия</b>
<b>Кем приходится потребителю коммунальных услуг:</b>	<input type="radio"/> Заявитель	<input type="radio"/> Ребенок	<input type="radio"/> Супруг/супруга
			<input type="radio"/> Другое _____

Чтобы иметь право на участие в медицинской программе RAP, заявитель должен иметь заболевание, проходить лечение или использовать оборудование жизнеобеспечения, требующее повышенного потребления коммунальных услуг, а ТАКЖЕ должен предоставить официальную справку.

**Заполненная врачом справка**

**Приложите справку от врача, написанную на бланке врача и содержащую следующее заявление:**

«Я свидетельствую, что указанный выше заявитель, претендующий на получение льгот по медицинским показаниям в городе Пало-Альто, в настоящее время является моим пациентом, проживает по указанному выше адресу обслуживания и требует снабжения газом и/или электричеством в большем, чем обычно объеме».

В документе должны быть указаны **дата, подпись врача, номер медицинской лицензии и номер телефона**. Если у Вас хроническое заболевание, можете попросить врача указать это в своем письме, чтобы Ваша скидка автоматически продолжала действовать каждый год.

\*Кодекс коммунального хозяйства (PUC) штата Калифорния: Оборудование жизнеобеспечения (определение) PUC 739 (c) (2) (2) «Оборудование жизнеобеспечения» означает оборудование, в котором используются механические или искусственные средства для поддержания, восстановления или замены жизненно важных функций, или механическое оборудование, обеспечивающее мобильность как внутри, так и за пределами зданий. Термин «Оборудование жизнеобеспечения» в этом подразделе включает в себя: респираторы, аппараты искусственного дыхания, аппараты для гемодиализа, аспираторы, электронейростимуляторы, многосекционные матрасы и насосы, аэрозольные палатки, электростатические и ультразвуковые ингаляторы, компрессоры, аппараты ПДПД и моторизованные инвалидные коляски. (Заявителей медицинской категории просим перейти к разделу M2.)

<b>Финансовая программа RAP</b>		<b>Раздел F1a: Соответствие критериям участия в программе государственной помощи</b>	
<b>Получаете ли Вы помощь от каких-либо государственных программ (SSI, TANF, CalFresh, WIC и т. д.)?</b>			
<input type="radio"/> <b>Нет</b> (Если Вы или члены Вашего домохозяйства НЕ участвуете ни в одной из этих программ, перейдите к разделу F1b)		<input type="radio"/> <b>Да</b> - Приложите копии писем (с указанными датами) о назначении пособия и писем об участии в программе для подтверждения получения льгот (см. таблицу ниже, столбец «Копии необходимых документов»).	
<b>ОТМЕТЬТЕ все программы, в которых Вы участвуете (если применимо).</b>			
<input type="checkbox"/> CalFresh (продовольственные талоны)		<input type="checkbox"/> Healthy Families A & B	
<input type="checkbox"/> LIHEAP		<input type="checkbox"/> WIC	
		<input type="checkbox"/> TANF (AFDC)	
		<input type="checkbox"/> SSI	

<b>Финансовая программа RAP</b>		<b>Раздел F1b: Подтверждение уровня доходов домохозяйства</b>	
Воспользуйтесь таблицей ниже, чтобы рассчитать общий доход семьи за последний налоговый год. Доход семьи включает в себя доход от ВСЕХ взрослых членов домохозяйства, включая арендаторов.			
Источник дохода	Полученная сумма	Копии необходимых документов	
Заработная плата, оклады, комиссионные (совокупный доход домохозяйства)	\$	Налоговая декларация за последний год, W2, 1099 (R), два последних корешка чеков и три последние выписки с текущего счета.	
Отсутствие работы или сокращение рабочих часов	\$	Подтверждение статуса безработного/Справка от работодателя с указанным сокращением часов	
Пенсия, IRA/ежегодные выплаты, 401k/457, социальное обеспечение, дополнительная помощь (SSP), социальное пособие по инвалидности (SSDI), компенсация работникам в связи с производственной травмой/профзаболеванием, пособие по безработице, пособие ветеранам, платежи за патронатное воспитание, ежегодные выплаты	\$	Налоговая декларация за последний год и письма о назначении пособия или выписки по банковским счетам (с указанием операций по прямому зачислению средств на счет)	
Программы Medicaid/Medi-Cal, SSI, CalFresh (продовольственные талоны), WIC, CalWorks (денежная помощь)	\$	Письма (с указанными датами) о назначении пособия и письма об участии в программе	
Учебные гранты, учебные займы, стипендии или другая помощь	\$	Письма (с указанными датами) о назначении пособия, выписки по счетам	
Страховые выплаты и/или выплаты по решению суда	\$	Документы по выплатам с указанными датами	
Алименты на содержание детей и супруги (супруга)	\$	Налоговая декларация за последний год, судебные документы с указанными датами	
Проценты и/или дивиденды от сбережений, вкладов, акций, облигаций или паевых фондов (иностранских и внутренних)	\$	Налоговая декларация за последний год	
Прирост капитала, доход от аренды или роялти	\$	Налоговая декларация за последний год	
Прибыль от индивидуальной трудовой деятельности	\$	Последняя налоговая декларация со всеми формами, включая Форму С	
Другое	\$	Налоговая декларация за последний год	
Текущий совокупный валовой доход домохозяйства до уплаты налогов ВСЕХ взрослых лиц, включая арендаторов, проживающих по этому адресу обслуживания	\$	0,00 (Сумма в столбце «Полученная сумма»)	
<b>Приложите копии всех необходимых документов для подтверждения доходов от всех проживающих по данному адресу.</b> (См. таблицу выше, столбец «Копии необходимых документов»). В случае АРЕНДЫ приложите копию договора аренды со списком всех арендаторов.			

Уровни дохода для получения финансовой скидки*		
Размер домохозяйства	Ежемесячно	Ежегодно
1	4,900 долл. США	59,000 долл. США
2	5,600 долл. США	67,400 долл. США
3	6,300 долл. США	75,850 долл. США
4	7,000 долл. США	84,250 долл. США
5	7,600 долл. США	91,000 долл. США
6	8,150 долл. США	97,750 долл. США
7	8,700 долл. США	104,500 долл. США
8	9,300 долл. США	111,250 долл. США
Каждая дополнительная сумма	600 долл. США	6,750 долл. США
* Уровни основаны на законах Департамента жилищного строительства и общественного развития на федеральном уровне и на уровне штата, вступивших в силу 1 июля 2022 г.		

<b>Медицинская или финансовая программа помощи (RAP)</b>		<b>Раздел M2 и F2: Соглашения и подпись потребителя коммунальных услуг</b>	
<b>Вместе с заявлением необходимо предоставить копии указанных документов.</b>			
Заявление и документацию следует отправить по факсу на номер (650) 326-4941 или по почте: Utilities Credit and Collections, 250 Hamilton Avenue, Ground Floor, Palo Alto, CA 94301			
Под страхом наказания за лжесвидетельство я заявляю, что предоставленная мной информация в этом заявлении является достоверной и правильной. Я соглашаюсь предоставить документацию для определения правомочности участия в программе RAP. Я соглашаюсь проинформировать CRAU, если у меня не будет больше прав на получение скидок в соответствии с действующими правилами программы RAP. Я понимаю, что получение льгот с помощью ложной информации, предоставленной потребителем, требует полного погашения накопленной задолженности в течение двенадцати месяцев. Ставя свою подпись ниже, я даю согласие CRAU на использование предоставленной мной информации для определения правомочности моего участия в программе RAP.			
<b>Подпись заявителя:</b>		<b>Дата:</b>	

По вопросам, связанным с Вашим заявлением, звоните в отдел обслуживания клиентов по телефону (650) 329-2161.