



2021 APLICACIÓN DE DESCUENTO PARA LAS PERSONAS DISCAPACITADAS DE BAJOS INGRESOS

Cientes de Benton PUD pueden recibir un 10%, 15% o 25% de descuento mensual, o el equivalente de la carga diaria del sistema (cualquiera es mayor), si ellos o un miembro de la familia tienen una discapacidad que califica y su ingreso familiar anual total está en o por debajo de 225% de la guía Federal de Pobreza. Solo un descuento por cliente será permitido y se aplicará a la residencia donde reside la persona con discapacidad.

La aplicación original debe ser devuelta a Benton PUD para el proceso. Una vez recibida la aplicación por Benton PUD, el descuento entrará en el primer día del siguiente periodo de facturación del cliente. Una aplicación, verificación de discapacidad y verificación de ingresos se requiere cada tres años, o a petición de Benton PUD, para recibir el descuento mensual. Si el ingreso disminuye dentro de tres años, por favor póngase en contacto con nosotros para determinar si usted es elegible para un descuento mayor.

El cliente o el miembro del hogar debe proporcionar cierta información médica a Benton PUD para calificar para el descuento de bajos ingresos. La información médica que se proporciona a Benton PUD para apoyar la aplicación utilizará solo para determinar la elegibilidad inicial y no será divulgada a terceros. El cliente debe notificar a Benton PUD inmediatamente si ellos o el miembro de su hogar ya no califica para el descuento debido a un cambio de circunstancias, tales como 1) que el miembro de la familia ya no tienen una discapacidad calificadora; o 2) que el miembro de la familia ya no cumple los requisitos de ingreso para este descuento.

PASO 1: ELIGIBILIDAD

Calificación Para Bajos Ingresos

EL TOTAL EL INGRESOS DE CASA ANUALES del 225% o menos de las Normas Federales Establecidas Para Determinar Los Índices De La Pobreza, sobre todos los recursos. (Vea el Paso 4 el ingreso verificación).

	10% Discount	15% Discount	25% Discount
Size of family	Up to 225% of Poverty Level	Up to 200% of Poverty Level	Up to 150% of Poverty Level
1	\$28,980	\$25,760	\$19,320
2	\$39,195	\$34,840	\$26,130
3	\$49,410	\$43,920	\$32,940
4	\$59,625	\$53,000	\$39,750
5	\$69,840	\$62,080	\$46,560
6	\$80,055	\$71,160	\$53,370
7	\$90,270	\$80,240	\$60,180
8	\$100,485	\$89,320	\$66,990

PASO 2: INFORMACIÓN DE CLIENTE

Nombre Del Solicitante _____

Domicilio Del Solicitante _____ Ciudad _____ Estado, Código Postal _____

No De Cuenta de BPUD _____ No Telefónico _____

Nombre del miembro del hogar (referido como "Solicitante") con discapacidad que reside con
El cliente _____

Relación con el cliente _____

PASO 3: VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD – ESCOJA SOLO UNO OPCION DE LOS TRES OPCIONES**Opción 1:** *Comprobante de un Permiso de Estacionamiento para Incapacitados del estado de Washington valido*

Número del permiso _____ Fecha de vencimiento _____

Opción 2: *Verificacion de incapacidad del Seguro Social (SSDI) o seguridad de ingreso suplementario (SSI) por La Community Action Connections (CAC).**I hereby certify that I am an employee of CAC (or other named government entity) and that the applicant has provided proof of a disability through SSDI or SSI.*

Full Name of Employee _____

Employee Signature _____

Opción 3: *Certificación de la discapacidad por un Médico o Profesional de Salud Mental – ESCOJA UNA OPCION* **Physician's Certification of Disability**

The intent of the Low Income Discount program is to extend a special electric billing discount to low income persons with disabilities that substantially impair mobility or the ability to maintain gainful employment.

I hereby certify that I am a licensed physician and that the above named applicant has a permanent disability as defined under Qualified Disabilities on the back of the application.

Full Name of Physician (please print) _____

Physician's Signature _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

License No. _____ Phone No. _____ Date _____

 Mental or Developmental Health Professional's Certification of Disability

The intent of the Low Income Discount program is to extend a special electric billing discount to low income persons with disabilities that substantially impair mobility or the ability to maintain gainful employment.

I hereby certify that I am a Mental Health Professional or licensed Social Worker authorized to certify that the applicant has a mental or developmental health disability.

Full Name of Professional (please print) _____
Professional's Signature _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
License No. _____ Phone No. _____ Date _____
Firm, Agency or Program Name _____

Full Name of Professional (please print) _____
Professional's Signature _____
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
License No. _____ Phone No. _____ Date _____
Firm, Agency or Program Name _____

PASO 4: VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Para que verifiquen sus ingresos, por favor vaya a la Community Action Connections (CAC) ubicado en 720 W Court Street en Pasco, WA, o 424 6th Street, Suite 2 en Prosser, WA. Puede llamar al 509-545-4065 en Pasco o 509-786-3379 en Prosser. Verificación de ingresos también se puede proveer por una agencia gubernamental autorizada.

El Community Action Connections exige la siguiente información para verificar los ingresos:

DEBE PRESENTAR A CAC VERIFICACIÓN DE INGRESOS DE TODAS LAS PERSONAS INCLUIDAS EN INGRESO FAMILIAR TOTAL

- **Uno de los siguientes:** Una copia del estado de cuenta del banco mostrando un depósito directo del Seguro Social o beneficios de pensión o otra forma de ingresos, beneficios o carta de aprobación, o una copia del cheque del Seguro Social ; **Y**
- **Uno de los siguientes:** Una copia de la(s) tarjeta(s) del Seguro Social o documento con el número de Seguro Social y los nombres incluidos; **Y**
- **Uno de los siguientes:** Comprobante de la fecha de nacimiento (Acta de Nacimiento o ID de WA); **Y**
- **Dos de los siguientes:** Comprobante de domicilio (Licencia de Conducir, ID de WA o una factura de servicios públicos)

To be filled out by CAC or authorized agency:

Number of persons in household (including applicant) _____
Total Annual Household Income \$ _____

We have verified that the total household income, based on family size, is 225% or less of the Federally Established Poverty Guidelines.

Agency Name _____ Phone No. _____ Date _____
Agency Address _____ City _____ State _____ Zip _____

I hereby certify that the foregoing information is correct and I am an authorized signatory of the agency.

By _____ Title _____ Date _____

PASO 5: ACUERDO Y FIRMAS

Por la presente Certifico que la información en esta solicitud es correcta. Estoy de acuerdo en notificar al "Benton" inmediatamente si mi cuenta ya no califica para un descuento bajo este programa.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Por la presente Certifico que la información en esta solicitud es correcta. Estoy de acuerdo en notificar al "Benton" inmediatamente si mi cuenta ya no califica para un descuento bajo este programa.

Firma del solicitante* _____ Fecha _____

*Si el solicitante es un niño menor de edad, incapacitado, o de otra manera incapaz de firmar este documento, un padre o guardián legal del solicitante debe firmar.

La solicitud original debe devolverse a Benton PUD para el proceso. Gracias.

Discapacidades Clasificadas

El/La Solicitante:

- No puede caminar doscientos pies sin detenerse a descansar;
- Esta severamente limitado para caminar debido a una condición artrítica, neurológica u ortopédica;
- Tiene una discapacidad tan severa, que la persona no puede caminar sin el uso o la ayuda de un soporte, bastón, otra persona, aparato prostético, silla de ruedas, y o dispositivo de asistencia;
- Uso de oxígeno portátil;
- Esta tan restringido por una enfermedad del pulmón hasta el punto que el volumen respiratorio forzado, cuando es medido por espirómetro es menos de un litro por segundo o la tensión arterial de oxígeno es menos de sesenta mm/hg en aire ambiente en reposo;
- Impedimento por enfermedad cardiovascular o condición cardíaca hasta el punto que las limitaciones funcionales de la persona son clasificadas como clase III o clase IV bajo las normas aceptadas por la Asociación Americana Del Corazón;
- Tiene una discapacidad por consecuencia de una sensibilidad aguda a las emisiones de automóvil la cual limita o impide su capacidad para caminar. El médico personal o enfermera general avanzada del solicitante debe documentar que la discapacidad es comparable en severidad a las otras anotadas en esta subsección;
- Tiene movilidad limitada y sin visión con lentes correctivos es tan limitada que la persona requiere métodos alternativos o habilidades para hacer eficientemente esas cosas que normalmente se realizan con vista de las personas con visión normal;
- Tiene una condición de ojo de carácter progresivo que puede conducir a la ceguera; o
- Está restringido por una forma de porfiria en la medida en que el solicitante se beneficiaría significativamente de una disminución de la exposición a la luz.

Solo para uso de BPUD:

10% Discount

15% Discount

25% Discount

Entered by _____ Date _____