



# COVID-19 APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

**Como presentar a la Aplicación:** Por favor complete y firme ambas páginas de esta solicitud. Puede enviar al Clallam County PUD utilizando una de los siguientes métodos, o llame al servicio al cliente al (360)452-9771, extensión 2.

- **Por Correo:** Clallam County PUD, PO Box 1000, Carlsborg WA 98324
- **Buzón:** Los buzones están ubicados en cada oficina de área y en el Co-Op de Sequim. Por favor visita a nuestro sitio web [www.clallampud.net](http://www.clallampud.net) para ubicaciones de oficinas.
- **Correo electrónico:** Escanear y enviar por correo electrónico a [PUDCustomerservice@clallampud.net](mailto:PUDCustomerservice@clallampud.net)
- **Fax:** Fax "Attention Customer Service Supervisor" al (360)681-5474

Por favor, comprenda que hay una cantidad limitada de fondos y, una vez eliminada, la asistencia ya no estará disponible. **Los documentos de respaldo deben enviarse con esta aplicación.**

**El dinero se acreditará a las facturas de servicios de utilidades según el grafico abajo:**

Federal poverty level- Nivel federal de pobreza  
Annual max income- ingreso máximo anual

Poverty level – Nivel de pobreza  
Maximum relief amount- Cantidad máxima de alivio

Household size- Tamaño de personas en el hogar

Household Size	Federal Poverty Level		200% Poverty Level		300% Poverty Level		400% Poverty Level	
	Annual Max Income	Maximum Relief Amount	Annual Max Income	Maximum Relief Amount	Annual Max Income	Maximum Relief Amount	Annual Max Income	Maximum Relief Amount
1	\$12,760	\$200	\$25,520	\$150	\$38,280	\$100	\$51,040	\$75
2	\$17,240	\$225	\$34,480	\$175	\$51,720	\$125	\$68,960	\$100
3	\$21,720	\$250	\$43,440	\$200	\$65,160	\$150	\$86,880	\$125
4	\$26,200	\$275	\$52,400	\$225	\$78,600	\$175	\$104,800	\$150
5	\$30,680	\$300	\$61,360	\$250	\$92,040	\$200	\$122,720	\$175
6	\$35,160	\$325	\$70,320	\$275	\$105,480	\$225	\$140,640	\$200
7	\$39,640	\$350	\$79,280	\$300	\$118,920	\$250	\$158,560	\$225
8+	\$44,120	\$375	\$88,240	\$325	\$132,360	\$275	\$176,480	\$250

**Declaración de divulgación:** Clallam County PUD reserva el derecho para dar seguimiento a cualquiera de la información proporcionada. El envío de este formulario no garantiza los fondos de asistencia. Es posible que los clientes deban reembolsar el monto de la asistencia, o la a asistencia será quitada de la cuenta de utilidades si el solicitante proporciona información falsa. El solicitante entiende y reconoce que los fondos son solo para clientes residenciales. Los fondos son limitados, y el programa terminara cuando los fondos se agotan o cuanto se acaba la crisis de COVID-19, lo que sea que venga primero. Una condición de recibir la asistencia, usted autoriza la divulgación de información en esta solicitud a Clallam County.

Firma:

Número de cuenta:

Fecha:

\_\_\_\_\_

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

PUD Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de servicio: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas hay en tu hogar?: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su ingreso total para el año 2019?: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su ingreso total durante los últimos 90 días?: \_\_\_\_\_

Explique su dificultad de COVID-19: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Un círculo:**

¿Tiene un plan de contrato para pagar sus atrasos?: Si / No

¿Si no, lo harás si es necesario? Si / No

¿Se ha negado anteriormente a un plan de contrato para pagar? Si / No

¿Has aplicado por fondos de Olympic Community Action? Si / No

¿Si no, solicitará por fondos de Olympic Community Action? Si / No

¿Le han desconectado la luz por no pagar? Si / No

¿Algún miembro de su casa está empleado actualmente? Si / No

¿Recibe actualmente un descuento con Clallam County PUD? Si / No

***Por la presente certifico que soy el titular de la cuenta. Toda esta información es verdadera. Estoy de acuerdo con la Declaración de divulgación en la página uno.***

Imprime y firma tu nombre:

Fecha:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_