

# Solicitud Para MID CARES

## Programa de Ayuda para Bajos Recursos

### 1. Información de la Cuenta

Nombre (como aparece en la factura de MID)		
Domicilio de Servicio		
Ciudad	Código Postal	
Domicilio de correspondencia (si es diferente al de servicio)		
Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Cuenta De MID	Numero de Teléfono	
¿Es mayor de 60 años?	Si      No	Fecha de Nacimiento

### Cómo Solicitar

1. Ingrese su información de la cuenta.
2. Escriba el ingreso total mensual de su hogar.
3. Por favor verifique que todas las formas **requeridas** estén incluidas:

**Comprobantes de ingresos mensuales**  
\*\*MID no acepta estados de cuenta como prueba de ingresos\*\*

**La forma del IRS 4506-T para todos los adultos**

4. Firme y ponga la fecha, envíe la solicitud junto con los documentos requeridos a:

**MID CARES**  
**P.O. Box 4060**  
**Modesto, CA 95352-4060**

\*\*solicitudes incompletas no serán procesadas\*\*

### 2. Información del Hogar y Verificación de Ingresos

Numero total de personas que viven en el hogar (a tiempo completo):	Adultos _____ + Menores (menos de 18) _____ = _____ Total
¿Si esta rentando, recibe subsidios de vivienda (Section 8, HUD, etc.)?	Si      No
¿Alguien en su hogar recibe subsidios para víveres (Cal Fresh)?	Si      No

Los ingresos que debe incluir son los salarios de todos los miembros del hogar, derivados de cualquier fuente (sujeto o no a impuestos), incluyendo pero no limitado a:

Salarios \$ _____	Compensación de empleo \$ _____
Ingresos por Interés \$ _____	Beneficios del desempleo \$ _____
Seguro Social \$ _____	Sostenimiento marital \$ _____
SSI, SSP, SSDI \$ _____	Ingresos por alquiler o regalías \$ _____
Pensiones \$ _____	Compensación legal \$ _____
TANF (AFDC) \$ _____	Becas \$ _____
Sostenimiento de hijos \$ _____	Asistencias \$ _____
Pagos por Incapacidad \$ _____	Efectivo \$ _____
Ingresos por trabajo propio (Se requiere IRS Form Schedule C) \$ _____	
Otros Ingresos (explique): _____	

### Pautas de Elegibilidad

Personas en el Hogar	Ingreso Mensual	Ingreso Anual
1	\$2,195	\$26,336
2	\$2,195	\$26,336
3	\$2,771	\$33,248
4	\$3,347	\$40,160
5	\$3,923	\$47,072
6	\$4,499	\$53,984
Miembros Adicionales	\$576	\$6,912

Total de ingresos mensuales del hogar ( <b>En Bruto</b> ) \$ _____	Fecha eficaz de las pautas 01/01/2019
--	---------------------------------------

Si necesita una copia de su carta de beneficios del seguro social, por favor contacte la oficina del seguro social en español al siguiente número de teléfono; **1-800-772-1213**. \*\*Los documentos **no** serán devueltos.\*\*

### 3. Declaración y Firma

**La información en esta solicitud y los documentos necesarios se utilizarán para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Toda la información es confidencial y no se compartirá con agencias fuera de MID.**

Es la responsabilidad del cliente de contactar a MID si sus ingresos aumentan por encima de los límites actuales, y MID se reserva el derecho de solicitar la certificación adicional en cualquier momento mientras que el cliente de MID este en el programa. Cualquier distorsión de la información, no revelar todos los ingresos o falta de documentación adicional, incluyendo los registros de impuestos, según lo solicitado por MID, puede resultar en la descalificación del programa CARES de MID. MID cobrará al cliente el valor del descuento de MID CARES recibidas indebidamente en conformidad con el Reglamento de Servicio Eléctrico MID. Si soy elegible para el programa de CARES de MID doy permiso a que el descuento apropiado se aplique a la dirección escrita inicialmente, que se realice el cambio correspondiente en mi tarifa y doy consentimiento para que verifiquen mi elegibilidad. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información es verdadera y correcta.

X

Firma de Solicitante (persona cuyo nombre aparece en la cuenta de MID)

Fecha

MID Use Only	
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied
Pub Ben Approval	ES Sup Approval