

# Solicitud Para MID CARES

## Programa de Ayuda para Bajos Recursos

### Cómo Solicitar

1. Ingrese su información de la cuenta.
2. Ingrese la información de su hogar.
3. Ingrese la información de ingresos.

**4. Comprobantes de ingresos mensuales \*\*MID no aceptara estados de cuenta bancarios, como prueba de ingresos. Si hay adultos en la solicitud sin comprobante de ingresos, porfavor adjunte una explicacion.\*\***

5. Firme y feche la solicitud. Devuelva la solicitud y comprobante de ingresos a **MID CARES, P.O. Box 4060, Modesto CA. 95352-4060** o envíe un correo electrónico a **MIDCares@mid.org**. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Los documentos enviados a MID no serán devueltos.

### 1. Información de la Cuenta

Nombre (como aparece en la factura de MID)		Numero de Cuenta De MID #	
Domicilio de Servicio	Ciudad	Estado	Código Postal
Domicilio de correspondencia (Si es diferente al de servicio)	Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico		
¿Es mayor de 60 años?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de Nacimiento	

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

Numero de personas que viven en su hogar tiempo completo: Adultos \_\_\_\_\_ + Menores (menores de 18 años) \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ 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, (sujeto o no a impuestos), incluyendo pero no limitado a:

#### Pautas de Elegibilidad

Personas en el Hogar	Ingreso Mensual	Ingreso Anual
1	\$3,407	\$40,880
2	\$3,407	\$40,880
3	\$4,303	\$51,640
4	\$5,200	\$62,400
5	\$6,097	\$73,160
6	\$6,993	\$83,920
Miembros Adicionales	\$897	\$10,760

Fecha eficaz de las pautas 03/01/2024

**Total de ingresos mensuales del Hogar (En Bruto): \$ \_\_\_\_\_**

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**.

### 3. Declaración y Firma

**La información en esta solicitud y los documentos necesarios se utilizaran 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

Approved  Denied

ES Approval ES Sup Approval