



¡AHORRE 22% en su factura mensual de MID!

MODESTO IRRIGATION DISTRICT (MID) TARIFAS ALTERNATIVAS PARA LA COMUNIDAD POR EL SERVICIO ELECTRICO (CARES)	PARA USO OFICIAL SOLAMENTE
Nombre (como aparece en la factura de MID): Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Domicilio de servicio: Numero y Nombre de la Calle _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Zona Postal _____	Approved _____ Denied _____ Initials _____ Date _____
Dirección de correspondencia (si es diferente a la de servicio): Numero y Nombre de la Calle _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Zona Postal _____	- CLIENTES DEBEN DE LLENAR - Por favor de llenar lo siguiente
Teléfono de casa _____ Teléfono de Mensaje____ Trabajo____ Celular____	TOTAL DE INGRESOS MENSUALES BRUTOS de las personas que viven in su hogar, y adjuntar comprobantes de ingresos.
Numero de cuenta de MID#: _____ <input type="checkbox"/> es mayor de 60 años	Los comprobantes DEBEN ser iguales a la suma TOTAL
¿INCLUYENDO A USTED, cuantas personas viven en su hogar? _____	CalWorks \$ _____ SSI \$ _____ SSA \$ _____ SDI \$ _____ TANF \$ _____ Sostenimiento de Hijos \$ _____ Sostenimiento Marital \$ _____ Desempleo \$ _____ Pensión \$ _____ Salarios \$ _____ Ingresos por interés \$ _____ Otros ingresos \$ _____ INGRESO TOTAL \$ _____
Su inscripción en MID CARES reduce su cargo fijo mensual de \$12.50 a \$5.00, y incluye un descuento del 22% en el resto de su factura por un periodo de tres años, o mientras usted califique.	
La información en esta solicitud se utilizara para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Con mi firma, doy autorización para que esta información sea compartida con otras oficinas del Gobierno Estatal y Federal y con mi compañía de servicios de energia. Si soy elegible para recibir el descuento de MID CARES, doy permiso para 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 en esta solicitud es verdadera y correcta.	
Firma de Solicitante _____ Firma de Testigo _____ Fecha _____ (Si el solicitante firmo con una "X")	

El Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad no discrimina, al proporcionar los servicios, en base de raza, color, nacionalidad, incapacidad física, sexo u orientación sexual. Para decisiones sobre el Acta para Americanos con Incapacidades Sección 504 del Acta de Rehabilitación y otras decisiones de Acción Afirmativa llame al (916) 263 2673.
Numero gratuito de CSD - 1(866) 645-6625.

MODESTO IRRIGATION DISTRICT (CARES) Requisitos de Ingresos 2008	Recuerde de adjuntar:																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">Personas en Hogar</th> <th style="width:20%;">Mensual</th> <th style="width:20%;">Anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>\$1,768</td> <td>\$21,220</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>\$1,768</td> <td>\$21,220</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>\$2,217</td> <td>\$26,614</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>\$2,677</td> <td>\$32,008</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>\$3,116</td> <td>\$37,402</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>\$3,566</td> <td>\$42,796</td> </tr> <tr> <td>Cantidades por cada miembro de familia:</td> <td>\$450</td> <td>\$5,394</td> </tr> </tbody> </table>	Personas en Hogar	Mensual	Anual	1	\$1,768	\$21,220	2	\$1,768	\$21,220	3	\$2,217	\$26,614	4	\$2,677	\$32,008	5	\$3,116	\$37,402	6	\$3,566	\$42,796	Cantidades por cada miembro de familia:	\$450	\$5,394	<input type="checkbox"/> Copia de factura mas reciente de MID <input type="checkbox"/> Copia(s) de comprobante de ingreso(s) reciente(s) de un mes completo de las todas personas en casa. Por favor recuerde firmar y poner la fecha ENVIE a: MID CARES, P. O. Box 4060, Modesto, CA 95352
Personas en Hogar	Mensual	Anual																							
1	\$1,768	\$21,220																							
2	\$1,768	\$21,220																							
3	\$2,217	\$26,614																							
4	\$2,677	\$32,008																							
5	\$3,116	\$37,402																							
6	\$3,566	\$42,796																							
Cantidades por cada miembro de familia:	\$450	\$5,394																							

Si necesita asistencia con la forma, por favor llame al (209) 526-7373, o puede traer su información a la oficina de MID, 1231 11th Street, Modesto. TDD/TTY (916) 327-6318 o Servicio Relevador del Estado (800) 735-2929 TTY.