



LOW INCOME HOUSEHOLD WATER ASSISTANCE PROGRAM (LIHWAP)

PROGRAM EXPIRES AUGUST 2023

Helping Alameda County residents pay on their water/wastewater account with:

*Alameda County Water District (ACWD) • California Water Service • Castro Valley Sanitary District
City of Pleasanton • Dublin San Ramon Services District • East Bay Municipal Utility District (EBMUD)
Hayward Water System • Livermore Municipal Water*

Completed application must include:

- Complete application (all forms must be completed and signed).
- Copy of **all pages** of water and/or wastewater bill. (Bills from Castro Valley Sanitary District and Dublin San Ramon Services District must be overdue; all others can be current bills.)
- Proof of income for all adults 18 years or older living in the dwelling; **OR** form CSD 43B Certification of Income & Expense is required for all adults listed on the application who **DO NOT** or **CANNOT** submit proof of income.
- Copy of government-issued ID.

MAIL the completed application with REQUIRED DOCUMENTS to:

Spectrum Community Services
LIHEAP/LIHWAP Program
P.O. Box 4317
Hayward, CA 94540-4317
www.SpectrumCS.org

510-881-0300

DO NOT USE WHITE-OUT



LIHWAP Eligibility Applicant Agreement

Because of significant funding cuts, the federal government enacted a law requiring that states target households with low incomes and high energy costs, taking into consideration households with seniors (60+ years old) and persons with disabilities, and children under six. This means there could be households that receive assistance in the past and will no longer receive assistance because they fall into a low priority group and are not considered among the neediest of the needy.

If you or anyone in your household are recipients of CalWorks or CalFresh, or have received LIHEAP assistance within the last 120 days, you are eligible to receive LIHWAP assistance **with current documentation**. See Application Checklist for details.

Eligibility is based on the household's total monthly income, which cannot exceed the 2023 Low Income Guidelines listed below. This chart shows the gross income guidelines for this program:

*2023 LIHWAP Monthly Gross Income Guidelines**

HOUSEHOLD SIZES	MONTHLY PRE-TAX INCOME
1	\$2,700.17
2	\$3,531.00
3	\$4,361.83
4	\$5,192.75
5	\$6,023.59
6	\$6,854.43
7	\$7,010.21
8	\$7,166.00
9	\$7,321.78
10	\$7,477.56

*Monthly gross income means before any deductions including taxes.

Please remember LIHWAP is not an entitlement program. Spectrum also offers energy and weatherization services to help households lower their utility bills. All applicants are encouraged to continue paying on their utility bills.

I understand and have read the LIHWAP Eligibility Agreement above.

Signature

Date

QUESTIONS? Please visit our website SpectrumCS.org, or call us at (510) 881-0300

機関:		受付者イニシャル:		受付日:		資格認定日	
名		ミドルネーム (イニシャル)		姓		生年月日	
						MM/DD/YY	
現住所 - 居住地の住所 (私書箱は不可)							
現住所						ユニット番号	
市		郡		州		郵便番号	
現住居と郵送先住所は同じですか。..... <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
持家ですか、賃貸ですか。..... <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸							
郵送先住所						ユニット番号	
市		郡		州		郵便番号	
社会保障番号 (SSN):				電話番号 ()			
電子メールアドレス:							

世帯員 本人を含めた同居する世帯員の人数を記入してください。 →				所得 所得のある世帯員の人数を記入してください。 →			
世帯構成: 次に該当する世帯員の人数を入力してください。				同居する世帯員全員の月間総所得 を記入してください。			
0~2 歳				TANF / CalWorks		\$	
3~5 歳				SSI / SSP		\$	
6~18 歳				SSA / SSDI		\$	
19~59 歳				給与		\$	
60 歳以上				利息		\$	
障害者				年金		\$	
先住民				その他		\$	
季節 / 移民農業労働者				月間総所得		\$	

世帯員
世帯員**全員**の情報を記入してください。
世帯員が 7 人以上いる場合は、別紙に記入してください。

申請者(世帯員 1)

名		M.I.	姓		申請者との関係 本人		
生年月日:		人種: <input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民 <input type="checkbox"/> アジア人				ヒスパニック系 / ラテン系 / スペイン系 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない / 回答を控える	
性別: <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない / 回答を控える		<input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 2 つ以上の人種 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない / 回答を控える					
月間総所得 (税引前):		収入源:					

世帯員 2			
名	M.I.	姓	申請者との関係
生年月日: 性別: <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える	人種: <input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民 <input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 2つ以上の人種 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える		ヒスパニック系/ラテン系/ スペイン系 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない/回答を 控える
月間総所得(税引前):		収入源:	
世帯員 3			
名	M.I.	姓	申請者との関係
生年月日: 性別: <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える	人種: <input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民 <input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 2つ以上の人種 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える		ヒスパニック系/ラテン系/ スペイン系 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない/回答を 控える
月間総所得(税引前):		収入源:	
世帯員 4			
名	M.I.	姓	申請者との関係
生年月日: 性別: <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える	人種: <input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民 <input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 2つ以上の人種 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える		ヒスパニック系/ラテン系/ スペイン系 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない/回答を 控える
月間総所得(税引前):		収入源:	
世帯員 5			
名	M.I.	姓	申請者との関係
生年月日: 性別: <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える	人種: <input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民 <input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 2つ以上の人種 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える		ヒスパニック系/ラテン系/ スペイン系 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない/回答を 控える
月間総所得(税引前):		収入源:	
世帯員 6			
名	M.I.	姓	申請者との関係
生年月日: 性別: <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える	人種: <input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民 <input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 2つ以上の人種 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える		ヒスパニック系/ラテン系/ スペイン系 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない/回答を 控える

月間総所得(税引前):		収入源:	
世帯員 7			
名	M.I.	姓	申請者との関係
生年月日:	人種: <input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民 <input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島民 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 2つ以上の人種 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える		ヒスパニック系/ラテン系/ スペイン系 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない/回答を 控える
性別: <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> わからない/回答を控える			
月間総所得(税引前):		収入源:	

あなたまたは世帯員は現在、CalFresh(フードスタンプ)を受給していますか。 はい いいえ
 あなたまたは世帯員は現在、CalWorks(キャッシュエイド)を受給していますか。 はい いいえ
 あなたまたは世帯員は過去 120 日以内に、LIHEAP の援助を受けたことがありますか。 はい いいえ

適用対象の支出

LIHWAP の給付金をどの支出(固定資産税を含む)に適用しますか(1 つだけ選択してください)。(直近の請求書または領収書の写しを添付してください)

上水道料金 下水道料金 上下水道料金(1 つの請求書)

上下水道事業者名と契約者番号:

事業者名: _____ 契約者番号: _____

電気・ガス・水道の供給を止められていますか。 はい いいえ

公共料金の滞納または未払いはありますか。 はい いいえ

電気・ガス・水道料金は家賃に含まれていますか、または個別計測されていますか。 はい いいえ

この申請書に記載された情報は、私の受給資格を判定し確認するために使用されます。私はこの申請書に署名することで、CSD、その請負業者、コンサルタント、その他の連邦または州の機関(CSD パートナー)、および私の電力会社とその請負業者に対して、私の世帯の電気・ガス・水道契約に関する情報および/または申請書の最後に記載されているサービスおよび恩恵を受けるために必要なその他の情報を共有することに同意し、それを許可します。私は、LIHWAP の給付またはサービスの受給申請が拒否された場合、回答が遅れがあった場合、または対応に不満がある場合は、現地のサービス提供事業者に対して書面による不服申立てを開始することができ、私の申立てはその受領から 15 日以内に審査されることを理解しています。現地のサービス提供事業者の決定に異議がある場合、私は、カリフォルニア州規則集第 22 編第 100805 条に基づき、Department of Community Services and Development に不服を申し立てることができます。私は、偽証罪の罰則に基づき、この申請書の情報は真実かつ正確であり、受領した給付金は私の上下水道料金の支払いにのみ使用されることを宣言します。

X	*** 申請者の署名 ***	日付
----------	-----------------------	----

機関: Community Services and Development(CSD)。管理ユニット: Low Income Household Water Assistance Program(LIHWAP)。権限: 政府規則第 12087.2 条(b)は、LIHWAP の運営を監督する機関として CSD を指名しています。目的: ご提供いただいた情報は、あなたに LIHWAP の受給資格があるかどうかを判断するために使用されます。情報の提供: 本プログラムは任意です。援助を申請する場合、あなたは必要な情報をすべて提供する必要があります。その他の情報: CSD は、プログラムの適格性を判断するために、保健社会福祉省の州平均所得に基づく連邦貧困ガイドラインの年次更新による統計的定義を使用しています。申請手続き中、CSD が指定する協力会社より、あなたの受給資格を判定するために追加情報の提供をお願いすることがあります。情報へのアクセス: CSD の指定協力会社は、あなたの申請書およびその他の情報(該当する場合)を受給資格の判定のために保管します。あなたは、あなたに関する情報を含むすべての記録にアクセスする権利を有します。CSD は、サービスの提供にあたって、人種、宗教的信条、肌の色、民族、家系、身体障害、精神障害、健康状態、婚姻状況、性別、年齢、性的指向に基づく差別を行いません。

申請者: 次の欄は記入しないでください。(事務局記入欄)

LIHWAP 合計給付額 \$ _____

上下水道料金合計額(水道負担分のみ) \$ _____ 水道負担 _____

水道の供給停止後、復旧: はい いいえ 水道の供給停止を防止: はい いいえ

所得及び費用の証明

あなたは、支援を申請されたものの、あなたの世帯全体として所得の証明を提供することができなかったことから、この様式に記入することを求められているものです。カリフォルニア州は、申請者に対し、すべての所得源を報告することを義務付けています。この様式は、当局としてあなたが如何な方法で費用を支払っているのかという点について理解する手助けとなるものです。以下の情報について遺漏のないようにご記入ください。

御名前及び御住所	
御名前:	
御住所:	

第1部: 報告することを失念された所得源がありますか?							
はい	いいえ	前月中、あなたはパートタイム従業員として雇用されていましたか?					
はい	いいえ	前月中、あなたは前月中に自営業者でしたか?					
はい	いいえ	前月中、あなたは庭仕事、子供の世話、献血などのような時々従事するような仕事から金銭を得ていましたか?					
はい	いいえ	前月中、あなたは誰かから金銭の贈与を受領されましたか? 回答がはいの場合、贈与者の方の名前及び電話番号をご記入ください:					
はい	いいえ	前月中、あなたは、次の何れかを受領されました: (該当するものがあれば丸で囲んでください)					
		<table border="1"> <tr> <td>労災保険</td> <td>失業保険</td> <td>政府資金に基づく給付</td> <td>子供の養育費</td> </tr> </table>	労災保険	失業保険	政府資金に基づく給付	子供の養育費	
労災保険	失業保険	政府資金に基づく給付	子供の養育費				
はい	いいえ	次の何れかを受領されましたか(該当するものがあれば丸で囲んでください)					
		<table border="1"> <tr> <td>個人年金からの支払い</td> <td>年金</td> <td>アメリカ原住民カジノからの支払い</td> <td>家賃所得</td> <td>保険金給付</td> </tr> </table>	個人年金からの支払い	年金	アメリカ原住民カジノからの支払い	家賃所得	保険金給付
個人年金からの支払い	年金	アメリカ原住民カジノからの支払い	家賃所得	保険金給付			

第2部: あなたは、毎月の費用を賄うために預金から支出し、又は借金をされていますか?

はい	いいえ	あなたは、預金又は住宅担保融資を使用されていますか? その金額は?
はい	いいえ	その他の資産も使用されていますか? その金額は?
はい	いいえ	あなたはクレジットカードから借入をされていますか? その金額は?
はい	いいえ	あなたは、その他の資金源から借入をされていますか? その金額は?

ここに、必要な場合 (DOE のみ) は公証人の印章を押印、又はエグゼクティブ・ディレクターの署名を付してください

第3部: 過去数か月間中、次のような月々の費用をどのような方法で支払われたのかという点についてご教示ください:

費用	毎月の経費	費用の支弁の方法は?	誰かがあなたのために支払っているとすれば、次にご記入ください:
家賃又は住宅融資	\$		名前: _____ 電話番号: _____ 住所: _____
水道・光熱費	\$		名前: _____ 電話番号: _____ 住所: _____
食物	\$		名前: _____ 電話番号: _____ 住所: _____

第4部: 上記の何れも該当しない場合、月々の費用をどのような方法で支払われたのかという点についてご説明ください:

署名:

この様式に署名することにより、私はこれらの事実が正確かつ真実であると信じている旨確認するものです。私は、サービスプロバイダーがこの情報を確認することについて許可を与えるものです。
故意に虚偽又は不正な声明を行うことにより連邦又は州政府の法律に基づき責任を問われる可能性があります。



ADDITIONAL RESOURCES

LIHWAP PARTICIPATING WATER SYSTEMS IN ALAMEDA COUNTY

- Alameda County Water District (ACWD) – website: ACWD.org • 510-668-4200
- California Water Service, Livermore District – website: Calwater.com • 925-447-4900
- Castro Valley Sanitary District – website: CVSan.org • 510-537-0757
- City of Pleasanton – website: CityOfPleasantonCA.gov • 925-931-5500
- Dublin San Ramon Services District – website: DSRSD.com • 925-828-01515
- East Bay Municipal Utility District (EBMUD) – website: EBMUD.com • 866-403-2683
- Hayward Water System – website: Hayward-CA.gov • 510-583-4600
- Livermore Municipal Water, California – website: LivermoreCA.gov • 925-960-4320

SPECTRUM COMMUNITY SERVICES– SpectrumCS.org • 510-881-0300

Utilities Assistance Programs

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) – Helping low-income families in Alameda County pay their PG&E or Alameda Municipal Power bills.

Low Income Household Water Assistance Program (LIHWAP) – Helping low-income families in Alameda County pay their water bills.

Weatherization Program (WX) – Helping low-income families in Alameda County weatherize their homes with energy-saving measures and appliances.

Seniors Programs (for all Alameda County residents who are 60 years old or older)

Senior Meals – Congregate meals for active seniors at a dozen locations throughout northern, central and southern Alameda County.

Meals on Wheels – Home-delivered meals in the Tri-Valley cities of Dublin, Pleasanton, Sunol, and Livermore.

Fall Prevention – Classes virtually and in-person throughout northern and central Alameda County for at-risk, low-income seniors to reduce and prevent falls that can lead to devastating health complications.

Connect – Wellness check-ins, reassurance calls and friendly visits to seniors in Alameda County to combat social isolation.

Please review this list carefully. Any missing documents will cause a delay in processing your application



APPLICATION CHECKLIST

Low Income Home Water Assistance Program

Please REMEMBER to submit:

- YOUR APPLICATION**

- COPY OF ALL PAGES OF CURRENT WATER or WASTEWATER BILL**—If applying for both water and sewage bill assistance, both services must appear on the same bill, otherwise you must choose to apply to only one. Include any shut-off notices. (Bills from Castro Valley Sanitary District and Dublin San Ramon Services District must be past due.)

- PROOF OF INCOME:** All adults 18 or older in the household must provide copies of current income documents. See common examples below:
 - a) **PROOF OF EMPLOYMENT INCOME** – Copy of consecutive pay statements or pay stubs within the last 30 days. If paid weekly, provide 4 consecutive stubs; if bi-weekly, provide 2.
 - b) **SSI/SSA** - 2023 award letters, most recent bank statements if received as direct deposit.
 - c) **EDD** - Last 4 weeks of pay stubs or payment history.
 - d) **GA (General Assistance)** – Copy of benefit or verification letter within the last 30 days.
 - e) **Loans** - If you are receiving monthly help from friends and relatives, provide a signed letter from the Lender with the specific amount, dates and their telephone numbers.
 - f) **Self-Employed** – Signed and dated copy of your 2022 Federal Income Tax forms 1040 Schedule 1 and Schedule C. (The 2021 version of these tax forms may be submitted only until, but not after, April 18, 2023.) If not available, a hand- or type-written copy of your ledger/journal within the last 30 days.
 - g) **Pensions, Annuities and IRAs** – Copy the Award Letter for the last 30 days or Lifetime Award Letter. Bank statements cannot be accepted.
 - h) **Child Support** – Recent copy of the child support notice from the court within the last 30 days or a signed and dated letter from the parent stating the monthly amount.
 - i) **EXCEPTIONS TO PROOF OF INCOME** – No proof of income is required if you or anyone in your household received LIHEAP assistance within the last 120 days, or currently receive **CalWorks** or **CalFresh**. Must provide notice of action or benefit, or verification letter within the last 30 days.

- NO INCOME?** Any adults in your household 18 years of age or older who **do not** or **cannot** provide proof of income must complete a **Certification of Income and Expense Form**. If you have proof of your income, or received LIHEAP assistance within the last 120 days, you do not need to complete the Certification of Income and Expense Form.

- COPY OF VALID GOVERNMENT-ISSUED IDENTIFICATION (ID)** – Please submit one of the following: State identification card, driver license, U.S. passport or passport card, U.S. military card (front & back), military dependent’s ID card (front & back), Permanent Resident Card, Certificate of Citizenship, Certificate of Naturalization, Employment Authorization Document. Expired government-issued ID is acceptable for a period of one year from expiration date. For seniors 60 and over, an expired government issued ID is acceptable regardless of expiration date.