



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



커뮤니티 서비스 및 개발 부서

LIHWAP 가입 양식

CSD 41 (04/2022)

공무 사용 전용:	
A.C.C.	
적격성 인증 일자	

기관:	가입자 이니셜:	가입 일자:	
이름	미들네임 이니셜	성	생년월일 월/일/년(MM/DD/YY)
서비스 주소 - 거주지 주소(여기는 P.O. Box 가 될 수 없습니다)			
서비스 주소			유닛 번호
서비스 주소 도시	서비스 주소 카운티	서비스 주소 주	서비스 주소 우편 번호
서비스 주소가 우편 주소와 동일합니까?..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
자택은 자가입니까, 임대입니까?..... <input type="checkbox"/> 자가 <input type="checkbox"/> 임대			
우편 주소			유닛 번호
우편 주소 도시	우편 주소 카운티	우편 주소 주	우편 주소 우편 번호
사회 보장 번호 (SSN):			전화번호 ()
이메일 주소:			

자택 내 거주인 귀하를 포함하여 자택에 함께 거주하는 인원수를 입력해 주십시오		수입 경제활동을 하는 총 인원수를 입력해 주십시오	
인구 통계: 귀하를 포함하여 자택에 함께 인원 수를 입력해 주십시오:		자택 내 거주하는 모든 인원들의 월간 총수입을 입력해 주십시오:	
0~2 세		TANF / CalWorks	\$
3~5 세		SSI / SSP	\$
6-18 세		SSA / SSDI	\$
19~59 세		급여	\$
60 세 이상		흥미	\$
장애		연금	\$
미국 원주민		기타	\$
이주 및 계절 농장 근로자		총 월간 수입	\$

가족 구성원

모든 가족 구성원의 아래 정보를 입력해 주십시오.
7명 이상일 경우, 별도로 정보를 나열해 주십시오.

신청자 (가족 구성원 1)

이름	미들네임 이니셜	성	신청자와의 관계 <i>본인</i>
생년월일:	인종: <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 미국 흑인 / 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 및 기타 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 다인종 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부		히스패닉계/라틴계/스페인계에 속하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부
성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부			
월간 총수입 금액 (세금 제외 전):		수입원:	

가족 구성원 2

이름	미들네임 이니셜	성	신청자와의 관계
생년월일:	인종: <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 미국 흑인 / 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 및 기타 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 다인종 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부		히스패닉계/라틴계/스페인계에 속하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부
성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부			
월간 총수입 금액 (세금 제외 전):		수입원:	

가족 구성원 3

이름	미들네임 이니셜	성	신청자와의 관계
생년월일:	인종: <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 미국 흑인 / 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 및 기타 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 다인종 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부		히스패닉계/라틴계/스페인계에 속하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부
성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부			
월간 총수입 금액 (세금 제외 전):		수입원:	

가족 구성원 4

이름	미들네임 이니셜	성	신청자와의 관계
생년월일:	인종: <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 미국 흑인 / 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 및 기타 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 다인종 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부		히스패닉계/라틴계/스페인계에 속하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부
성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부			
월간 총수입 금액 (세금 제외 전):		수입원:	

가족 구성원 5

이름	미들네임 이니셜	성	신청자와의 관계
생년월일:			

성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부	인종: <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 미국 흑인 / 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 및 기타 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 다인종 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부	히스패닉계/라틴계/스페인계에 속하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부
---	--	---

월간 총수입 금액 (세금 제외 전):	수입원:
----------------------	------

가족 구성원 6

이름	미들네임 이니셜	성	신청자와의 관계
생년월일:	인종: <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 미국 흑인 / 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 및 기타 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 다인종 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부		히스패닉계/라틴계/스페인계에 속하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부
성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부			

월간 총수입 금액 (세금 제외 전):	수입원:
----------------------	------

가족 구성원 7

이름	미들네임 이니셜	성	신청자와의 관계
생년월일:	인종: <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 / 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 미국 흑인 / 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 및 기타 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 다인종 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부		히스패닉계/라틴계/스페인계에 속하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부
성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 알 수 없음/진술 거부			

월간 총수입 금액 (세금 제외 전):	수입원:
----------------------	------

귀하 혹은 가정 내 누군가가 현재 CalFresh(푸드 스탬프)를 받고 계십니까? 예 아니요

귀하 혹은 가정 내 누군가가 현재 CalWorks(현금 보조금)를 받고 계십니까? 예 아니요

귀하 혹은 가정 내 누군가가 지난 120 일 중 LIHEP 보조를 받으셨습니까? 예 아니요

청구서

재산세 명세서를 포함하여, LIHWAP 혜택을 어느 청구서에 적용하시겠습니까(하나만 선택하십시오)? (가장 최근의 명세서 또는 영수증의 완전한 사본을 부착해 주십시오)

수도 요금 하수도 요금 하나의 청구서로 합쳐진 수도 및 하수도 요금

수도/하수도 처리 기업과 계좌 번호를 입력해 주십시오

기업 이름: _____ 계좌 번호: _____

유틸리티 서비스가 종료되었습니까? 예 아니요

청구서에 기한이 지난 고지 또는 기한이 지난 잔금이 있습니까? 예 아니요

유틸리티에 대여 또는 보조 계량기가 포함되어 있습니까? 예 아니요

본 신청서의 정보는 보조금에 관한 적격성을 결정 및 인증하기 위해 사용됩니다. 아래에 서명함으로써, 본인은 CSD, 계약업체, 상대방체, 기타 연방 및 주 기관(CSD 파트너), 유틸리티 기업과 그 계약업체가 본인 가정의 유틸리티 계좌 및/혹은 서식 마지막에 설명된 바와 같이 서비스 및 혜택을 제공하기 위해 필요한 기타 정보를 공유하는 것을 동의(허용)합니다. 본인은 LIHWAP 혜택 또는 서비스 신청이 거절되거나 제때 답변을 받지 못하거나 만족스럽지 못한 반응을 받으면 현재의 서비스 제공업체에게 서면으로 진정서를 낼 수 있으며 진정서 수령 후 15 일 이내에 검토된다는 것을 이해합니다. 현지 서비스 제공업체의 결정에 만족하지 않을 경우, 본인은 캘리포니아 규제 강령 섹션 100805 의 타이틀 22 에 따라 커뮤니티 서비스 및 개발 부서에 진정서를 제출할 수 있습니다. 본인은 위증죄의 처벌하에, 본 신청서의 정보가 진실하고 정확하며, 수령한 자금은 오로지 본인의 수도 요금 또는 하수 처리 요금을 지불하기 위한 목적으로만 사용될 것임을 선언합니다.

X		
	*** 신청자 서명 ***	일자

기관명: 커뮤니티 서비스 및 개발 부서(CSD). 유지 보수 담당 유닛: 저소득 가정 수도 보조금 프로그램(LIHWAP) 권한: LIHWAP 행정 기관으로서 CSD 를 지정하는 정부 법규 섹션 12087.2 (b) 목적: 귀하가 제공한 정보는 LIHWAP 혜택의 적격성을 결정하기 위해 사용됩니다. 제공하는 정보: 본 프로그램은 자발적 프로그램입니다. 보조금 신청을 선택한 경우, 필요한 모든 정보를 제공해야 합니다. 기타 정보: CSD 는 프로그램 적격성을 결정하기 위해 연방 수입 빈곤 가이드라인, 보건복지부의 주 중간 소득 부서의 연간 업데이트를 통한 통계적 정의를 사용합니다. 신청 처리 중, CSD 의 지정된 하청업체가 적격성을 결정하기 위해 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 접근: CSD 의 지정된 하청업체는 완성된 신청서 및 기타 정보를 보유하며, 적격성을 결정하기 위해 사용할 수 있습니다. 귀하의 관한 정보가 담긴 모든 기록에 접근 요청을 하실 수 있습니다. CSD 는 인종, 종교적 신념, 피부색, 국적, 선조, 신체적 장애, 정신적 장애, 의료 상태, 결혼 여부, 성별, 연령, 성적 지향에 따라 서비스 제공에 차별을 두지 않습니다.

신청인: 아래 정보는 기입하지 마십시오. 이 부분은 공무 사용 전용입니다.

총 LIHWAP 혜택 \$ _____

총 수도 및 하수 요금 (수자원 부담의 경우) \$ _____ 수자원 부담(Water Burden) _____

중단 후 수도 서비스 복원: 예 아니요 수도 서비스 중단 예방됨: 예 아니요

소득 및 지출 증명서

귀하가 본 양식을 작성해야 하는 이유는 귀하가 도움을 요청하였고, 귀하의 가구 전체가 소득 증명을 제출할 수 없다고 진술하였기 때문입니다. 캘리포니아 주 법에 따라, 신청자는 모든 소득원을 보고해야 합니다. 본 양식은 귀하가 지출하는 비용을 어떻게 충당하고 있는지 이해하는 데 도움이 됩니다. 다음의 정보를 작성하여 주십시오:

성명 및 주소	
성명:	
주소:	

1 항: 기억하지 못 하여 신고하지 않은 소득이 있습니까?				
예	아니오	지난 한 달 동안, 단시간 근무제(part time)로 고용된 일이 있습니까?		
예	아니오	지난 한 달 동안, 자영업을 하였습니까?		
예	아니오	지난 한 달 동안, 간헐적으로 노동을 제공하고, 가령, 마당 일이나 정원 일, 아이를 돌보는 일, 헌혈 등에 대한 금전적 대가를 지불 받은 일이 있습니까?		
예	아니오	지난 한 달 동안, 돈을 선물 받은 일이 있었습니까? 있었다면, 선물한 사람의 성명과 전화번호를 모두 기재하여 주십시오:		
예	아니오	지난 한 달 동안, 다음과 같은 내역을 제공받은 일이 있습니까: (해당 사항에 모두 동그라미 하십시오.)		
예	아니오	산재 보상금	실업급여	정부 제공 지원금 및 보조금
예	아니오	다음과 같은 내역을 제공받은 일이 있습니까: (해당 사항에 모두 동그라미 하십시오.)		
예	아니오	보험 연금	연금	부족 카지노 수당
		입대 소득	보험 혜택 수당	

2 항: 월 지출 경비를 충당하기 위해 저축 예금으로 지출하거나 대출을 받고 있습니까?		
예	아니오	저축 예금으로 충당하고 있거나 주택 담보 대출을 받았습니까? 금액이 얼마입니까? _____
예	아니오	다른 유형의 재산으로 충당하고 있습니까? 금액이 얼마입니까? _____
예	아니오	신용 카드 대출을 받았습니까? 금액이 얼마입니까? _____
예	아니오	다른 종류의 대출을 받았습니까? 금액이 얼마입니까? _____

필요한 경우, 아래 공증인 소인을 찍거나 (DOE 에 한함)
또는 상임이사의 서명을 받으십시오.

3 항: 지난 기간 동안 다음의 지출 경비를 어떻게 충당하였는지 설명하여 주십시오:				
경비	월 지출 비용	어떻게 충당하고 있습니까?	다른 사람이 지불을 해주었다면, 다음을 작성하여 주십시오:	
임대료 또는 주택 융자금	\$		성명:	전화번호:
			주소:	
공과금	\$		성명:	전화번호:
			주소:	
식료품	\$		성명:	전화번호:
			주소:	

4 항: 위의 사항에 해당하지 않는 경우, 월 지출 경비를 어떻게 충당하였는지 설명하여 주십시오:	

서명:
본 양식에 서명함으로써, 본인은 상기 기재한 사실이 모두 정확하고 틀림이 없음을 확인합니다. 본인은 서비스 제공자가 상기 정보를 확인할 수 있도록 승인합니다.
본인이 의도적으로 허위 진술 또는 허위 정보를 제공하는 경우, 연방 법 및 주 법에 따라 저축될 수 있음을 이해합니다.

소득 및 지출 증명서

귀하가 본 양식을 작성해야 하는 이유는 귀하가 도움을 요청하였고, 귀하의 가구 전체가 소득 증명을 제출할 수 없다고 진술하였기 때문입니다. 캘리포니아 주 법에 따라, 신청자는 모든 소득원을 보고해야 합니다. 본 양식은 귀하가 지출하는 비용을 어떻게 충당하고 있는지 이해하는 데 도움이 됩니다. 다음의 정보를 작성하여 주십시오:

성명 및 주소	
성명:	
주소:	

1 항: 기억하지 못 하여 신고하지 않은 소득이 있습니까?							
예	아니오	지난 한 달 동안, 단시간 근무제(part time)로 고용된 일이 있습니까?					
예	아니오	지난 한 달 동안, 자영업을 하였습니까?					
예	아니오	지난 한 달 동안, 간헐적으로 노동을 제공하고, 가령, 마당 일이나 정원 일, 아이를 돌보는 일, 헌혈 등에 대한 금전적 대가를 지불 받은 일이 있습니까?					
예	아니오	지난 한 달 동안, 돈을 선물 받은 일이 있었습니까? 있었다면, 선물한 사람의 성명과 전화번호를 모두 기재하여 주십시오:					
예	아니오	지난 한 달 동안, 다음과 같은 내역을 제공받은 일이 있습니까: (해당 사항에 모두 동그라미 하십시오.)					
예	아니오	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">산재 보상금</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">실업급여</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">정부 제공 지원금 및 보조금</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">자녀 양육비</td> </tr> </table>	산재 보상금	실업급여	정부 제공 지원금 및 보조금	자녀 양육비	
산재 보상금	실업급여	정부 제공 지원금 및 보조금	자녀 양육비				
예	아니오	다음과 같은 내역을 제공받은 일이 있습니까: (해당 사항에 모두 동그라미 하십시오.)					
예	아니오	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">보험 연금</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">연금</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">부족 카지노 수당</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">임대 소득</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">보험 혜택 수당</td> </tr> </table>	보험 연금	연금	부족 카지노 수당	임대 소득	보험 혜택 수당
보험 연금	연금	부족 카지노 수당	임대 소득	보험 혜택 수당			

2 항: 월 지출 경비를 충당하기 위해 저축 예금으로 지출하거나 대출을 받고 있습니까?		
예	아니오	저축 예금으로 충당하고 있거나 주택 담보 대출을 받았습니까? 금액이 얼마입니까? _____
예	아니오	다른 유형의 재산으로 충당하고 있습니까? 금액이 얼마입니까? _____
예	아니오	신용 카드 대출을 받았습니까? 금액이 얼마입니까? _____
예	아니오	다른 종류의 대출을 받았습니까? 금액이 얼마입니까? _____

필요한 경우, 아래 공증인 소인을 찍거나 (DOE 에 한함)
또는 상임이사의 서명을 받으십시오.

3 항: 지난 기간 동안 다음의 지출 경비를 어떻게 충당하였는지 설명하여 주십시오:							
경비	월 지출 비용	어떻게 충당하고 있습니까?	다른 사람이 지불을 해주었다면, 다음을 작성하여 주십시오:				
임대료 또는 주택 융자금	\$		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">성명:</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">전화번호:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">주소:</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	성명:	전화번호:	주소:	
성명:	전화번호:						
주소:							
공과금	\$		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">성명:</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">전화번호:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">주소:</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	성명:	전화번호:	주소:	
성명:	전화번호:						
주소:							
식료품	\$		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">성명:</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">전화번호:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">주소:</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	성명:	전화번호:	주소:	
성명:	전화번호:						
주소:							

4 항: 위의 사항에 해당하지 않는 경우, 월 지출 경비를 어떻게 충당하였는지 설명하여 주십시오:

서명:
본 양식에 서명함으로써, 본인은 상기 기재한 사실이 모두 정확하고 틀림이 없음을 확인합니다. 본인은 서비스 제공자가 상기 정보를 확인할 수 있도록 승인합니다.
본인이 의도적으로 허위 진술 또는 허위 정보를 제공하는 경우, 연방 법 및 주 법에 따라 저축될 수 있음을 이해합니다.



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.