



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

Департамент коммунального обслуживания и развития

Форма заявки на участие в программе LIHWAP

CSD 41 (04/2022)

Только для служебного пользования:	
A.C.C.	
Дата аттестации на соответствие требованиям	

Агентство:	Инициалы заявителя:	Дата поступления:	
Имя	Инициал отчества	Фамилия	Дата рождения ММ/ДД/ГГ
АДРЕС ОБСЛУЖИВАНИЯ — адрес вашего проживания (<i>не может</i> быть абонентским ящиком).			
Адрес обслуживания			Номер узла
Город обслуживания	Округ обслуживания	Штат обслуживания	Почтовый индекс обслуживания
Совпадает ли ваш адрес обслуживания с почтовым адресом?.....			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вы владеете домом или арендуете его?.....			<input type="checkbox"/> Собственный <input type="checkbox"/> Аренда
Почтовый адрес			Номер узла
Город почтового отправления	Округ почтового отправления	Штат почтового отправления	Почтовый индекс отправления
Номер социального страхования (SSN):			Номер телефона ()
Адрес электронной почты:			

<p>ЛЮДИ, ПРОЖИВАЮЩИЕ В ДОМОХОЗЯЙСТВЕ</p> <p>Введите общее число людей, проживающих в домохозяйстве, включая себя →</p>	○	<p>ДОХОД</p> <p>Укажите общее число людей, получающих доход →</p>	○
<p><i>Демографические данные: Укажите число людей в домохозяйстве, которые:</i></p>		<p><i>Укажите общий валовой ежемесячный доход для всех лиц, проживающих в домохозяйстве:</i></p>	
в возрасте от 0 до 2 лет		Программа TANF/CalWorks	\$
в возрасте от 3 до 5 лет		Программа SSI/SSP	\$
в возрасте от 6 до 18 лет		Программа SSA/SSDI	\$
в возрасте от 19 до 59 лет		Зарплатный чек (чеки)	\$
в возрасте от 60 лет и старше		Процентный доход	\$
являются инвалидами		Пенсия	\$
Коренной американец		Другое	\$
Сезонный работник фермы или рабочий-мигрант		Общий ежемесячный доход	\$

ЧЛЕНЫ ДОМОХОЗЯЙСТВАВВЕДИТЕ НИЖЕ ИНФОРМАЦИЮ ОБО ВСЕХ ЧЛЕНАХ ДОМОХОЗЯЙСТВА.

Если в вашем домохозяйстве больше 7 человек, напишите данную информацию на отдельном листе бумаги.

ЗАЯВИТЕЛЬ (ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 1)

Имя	Инициал отчества	Фамилия	Кем приходится заявителю <i>Я сам(а)</i>
Дата рождения:	Раса: <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Чернокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы или другие жители тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Представители разных рас <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать		Испаноязычные/латиноа мериканцы/испанцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать
Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать			
Сумма валового ежемесячного дохода (до уплаты налогов):		Источник дохода:	

ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 2

Имя	Инициал отчества	Фамилия	Кем приходится заявителю
Дата рождения:	Раса: <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Чернокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы или другие жители тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Представители разных рас <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать		Испаноязычные/латиноа мериканцы/испанцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать
Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать			
Сумма валового ежемесячного дохода (до уплаты налогов):		Источник дохода:	

ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 3

Имя	Инициал отчества	Фамилия	Кем приходится заявителю
Дата рождения:	Раса: <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Чернокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы или другие жители тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Представители разных рас <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать		Испаноязычные/латиноа мериканцы/испанцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать
Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать			
Сумма валового ежемесячного дохода (до уплаты налогов):		Источник дохода:	

ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 4

Имя	Инициал отчества	Фамилия	Кем приходится заявителю
Дата рождения:	Раса: <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Чернокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы или другие жители тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Представители разных рас <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать		Испаноязычные/латиноа мериканцы/испанцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать
Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать			
Сумма валового ежемесячного дохода (до уплаты налогов):		Источник дохода:	

ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 5

Имя	Инициал отчества	Фамилия	Кем приходится заявителю
Дата рождения:	Раса: <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Чернокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы или другие жители тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Представители разных рас <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать		Испаноязычные/латиноа мериканцы/испанцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать
Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать			
Сумма валового ежемесячного дохода (до уплаты налогов):		Источник дохода:	

ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 6

Имя	Инициал отчества	Фамилия	Кем приходится заявителю
Дата рождения:	Раса: <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Чернокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы или другие жители тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Представители разных рас <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать		Испаноязычные/латиноа мериканцы/испанцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать
Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать			
Сумма валового ежемесячного дохода (до уплаты налогов):		Источник дохода:	

ЧЛЕН ДОМОХОЗЯЙСТВА 7

Имя	Инициал отчества	Фамилия	Кем приходится заявителю
Дата рождения:	Раса: <input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Чернокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы или другие жители тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Белые <input type="checkbox"/> Представители разных рас <input type="checkbox"/> Другие <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать		Испаноязычные/латиноа мериканцы/испанцы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать
Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно / отказались указать			
Сумма валового ежемесячного дохода (до уплаты налогов):		Источник дохода:	

Получаете ли вы или кто-то из членов вашей семьи В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ CalFresh (талоны на питание)? Да Нет

Получаете ли вы или кто-то из членов вашей семьи В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ CalWorks (денежную помощь)? Да Нет

Получали ли вы или кто-то из членов вашего домохозяйства помощь LIHEAP в течение последних 120 дней? Да Нет

ОПЛАТА СЧЕТА

К какому счету, включая декларации по налогу на имущество (ВЫБЕРИТЕ ЧТО-ТО ОДНО), вы хотели бы применить льготу LINWAP? (Приложите полную копию последнего счета или квитанции)

Счет за воду Счет за сточные воды Вода и сточные воды объединены в одном счете

Укажите компанию водоснабжения/водоотведения и номер счета:

Название компании: _____ Счет №: _____

Отключены ли у вас коммунальные услуги? Да Нет

Есть ли у вас уведомление о просрочке или просроченный остаток по счету? Да Нет

Включены ли ваши коммунальные услуги в арендную плату или оплачиваются отдельно? Да Нет

Информация в этой заявке будет использована для определения и проверки моего права на получение помощи. Подписываясь ниже, я даю свое согласие (разрешение) CSD, его подрядчикам, консультантам, другим федеральным агентствам или агентствам штата (партнерам CSD), а также моей коммунальной компании и ее подрядчикам на передачу информации о счете за коммунальные услуги моей семьи и/или других сведений, необходимых для предоставления мне услуг и льгот, как описано в конце формы. Я понимаю, что если моя заявка на льготы или услуги LIHWAP будет отклонена, или если я получу несвоевременный ответ или неудовлетворительную работу, я могу подать письменную апелляцию местному поставщику услуг, и моя апелляция будет рассмотрена не позднее чем через 15 дней после ее получения. Если я буду не удовлетворен(а) решением местного поставщика услуг, я могу подать апелляцию в Департамент коммунального обслуживания и развития в соответствии с разделом 22 Свода правил штата Калифорния, раздел 100805. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, содержащаяся в данном заявлении, является правдивой, правильной и что полученные средства будут использованы исключительно для оплаты моих расходов на воду или отведение сточных вод.

X		
	*** ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ***	Дата

НАЗВАНИЕ АГЕНТСТВА: Коммунальное обслуживание и развитие (CSD). **ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ, ОТВЕТСТВЕННОЕ ЗА ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ:** Программа помощи малообеспеченным домохозяйствам в области водоснабжения (LIHWAP). **ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПОЛНОМОЧИЙ:** в Разделе 12087.2 (b) Правительственного кодекса CSD называется агентством, ответственным за администрирование LIHWAP. **ЦЕЛЬ:** предоставленная вами информация будет использована для принятия решения о том, имеете ли вы право на получение пособия LIHWAP. **ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ:** эта программа является добровольной. Если вы решили обратиться за помощью, вы должны предоставить всю требуемую информацию. **ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ:** для определения права на участие в программе агентство CSD использует статистические определения, взятые из ежегодно обновляемых данных Департамента здравоохранения и социального обеспечения о медианном доходе штата, а также из Федеральных рекомендаций по уровню бедности. В процессе рассмотрения заявки назначенный субподрядчик CSD может запросить у вас дополнительную информацию, чтобы принять решение о вашем праве на участие в программе. **ДОСТУП:** назначенный субподрядчик CSD будет хранить вашу заполненную заявку и другую информацию, если таковая будет использоваться, чтобы принять решение о вашем праве на участие в программе. У вас есть право доступа ко всем записям, содержащим информацию о вас. CSD при предоставлении услуг не допускает дискриминации по признаку расы, религиозных убеждений, цвета кожи, национального происхождения, родословной, физических недостатков, умственных недостатков, состояния здоровья, семейного положения, пола, возраста или сексуальной ориентации.

ЗАЯВИТЕЛЬ: НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ИНФОРМАЦИЮ НИЖЕ. ЭТОТ РАЗДЕЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В СЛУЖЕБНЫХ ЦЕЛЯХ.

Общая сумма пособия LIHWAP \$ _____

Общие затраты на воду или отведение сточных вод (только для расходов на воду) \$ _____ **Расходы на воду**

Водоснабжение восстановлено после отключения: Да Нет Отключение водоснабжения предотвращено: Да Нет

СЕРТИФИКАЦИЯ ДОХОДОВ И РАСХОДОВ

Мы просим Вас заполнить эту форму, потому что Вы попросили о финансовой поддержке, но сообщили, что не можете представить документы, подтверждающие доход Вашей семьи. В штате Калифорния от заявителя требуется сообщить обо всех источниках дохода. Эта форма поможет нам понять, как Вы покрываете свои расходы. Заполните, пожалуйста, эту форму:

Имя, фамилия и адрес	
Имя, фамилия:	
Адрес:	

Раздел 1. Есть ли у Вас источники дохода, о которых Вы забыли сообщить?						
ДА	НЕТ	В прошлом месяце Вы были частично заняты?				
ДА	НЕТ	В прошлом месяце Вы работали самостоятельно, не по найму?				
ДА	НЕТ	Вы получали в прошлом месяце деньги за какую-нибудь работу, которую выполняете нерегулярно, время от времени (например, стрижка газона, уход за ребенком, сдача донорской крови)?				
ДА	НЕТ	За прошлый месяц Вы получали от кого-нибудь деньги в подарок? Если да, укажите имя, фамилию и телефон человека, подарившего Вам деньги:				
ДА	НЕТ	В прошлом месяце Вы получали какие-нибудь из следующих видов помощи/поддержки? Нужно обвести.				
		КОМПЕНСАЦИЯ ПОСТРАДАВШИМ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ	ФИНАНСИРУЕМЫЕ ГОСУДАРСТВОМ ПОСОБИЯ/Льготы	Алименты на детей	
ДА	НЕТ	Вы получаете какие-нибудь доходы из следующих источников? Нужно обвести.				
		ФИНАНСОВАЯ РЕНТА	ПЕНСИЯ	ВЫПЛАТЫ ИЗ ДОХОДОВ КАЗИНО В ИНДЕЙСКОЙ РЕЗЕРВАЦИИ	ДОХОД ОТ СДАЧИ В АРЕНДУ	СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

Раздел 2. Для того чтобы покрыть свои ежемесячные расходы, Вы используете свои сбережения или занимаете деньги?		
ДА	НЕТ	Используете сбережения или ссуду под залог дома? На какую сумму? _____
ДА	НЕТ	Используете другой источник дохода? На какую сумму? _____
ДА	НЕТ	Используете кредитные карты? На какую сумму? _____
ДА	НЕТ	Занимаете где-нибудь еще? На какую сумму? _____

Штамп нотариуса, если нужно, (только DOE) или
подпись исполнительного директора

Раздел 3. Как в прошлом месяце Вы покрывали ежемесячные расходы?			
СТАТЬЯ РАСХОДА	СУММА ЗА МЕСЯЦ	КАК УПЛАТИЛИ?	ЕСЛИ ЗА ВАС КТО-НИБУДЬ ПЛАТИТ, ЗАПОЛНИТЕ ЗДЕСЬ:
Аренда или ипотека	\$		Имя, фамилия: _____ Телефон: _____ Адрес: _____
Коммунальные услуги	\$		Имя, фамилия: _____ Телефон: _____ Адрес: _____
Еда	\$		Имя, фамилия: _____ Телефон: _____ Адрес: _____

Раздел 4. Если никаких доходов из числа перечисленных выше у Вас нет, объясните, как покрываете ежемесячные расходы:

Подпись:
Подписывая эту форму, я подтверждаю, что считаю все сообщенные здесь сведения точными и истинными. Я разрешаю проверить эти сведения. За сообщение ложных или фальсифицированных сведений я могу быть привлечен к ответственности по федеральному законодательству и законодательству штата.

Подпись _____

Дата _____

СЕРТИФИКАЦИЯ ДОХОДОВ И РАСХОДОВ

Мы просим Вас заполнить эту форму, потому что Вы попросили о финансовой поддержке, но сообщили, что не можете представить документы, подтверждающие доход Вашей семьи. В штате Калифорния от заявителя требуется сообщить обо всех источниках дохода. Эта форма поможет нам понять, как Вы покрываете свои расходы. Заполните, пожалуйста, эту форму:

Имя, фамилия и адрес	
Имя, фамилия:	
Адрес:	

Раздел 1. Есть ли у Вас источники дохода, о которых Вы забыли сообщить?						
ДА	НЕТ	В прошлом месяце Вы были частично заняты?				
ДА	НЕТ	В прошлом месяце Вы работали самостоятельно, не по найму?				
ДА	НЕТ	Вы получали в прошлом месяце деньги за какую-нибудь работу, которую выполняете нерегулярно, время от времени (например, стрижка газона, уход за ребенком, сдача донорской крови)?				
ДА	НЕТ	За прошлый месяц Вы получали от кого-нибудь деньги в подарок? Если да, укажите имя, фамилию и телефон человека, подарившего Вам деньги:				
ДА	НЕТ	В прошлом месяце Вы получали какие-нибудь из следующих видов помощи/поддержки? Нужно обвести.				
		КОМПЕНСАЦИЯ ПОСТРАДАВШИМ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ	ФИНАНСИРУЕМЫЕ ГОСУДАРСТВОМ ПОСОБИЯ/ЛЬГОТЫ	АЛИМЕНТЫ НА ДЕТЕЙ	
ДА	НЕТ	Вы получаете какие-нибудь доходы из следующих источников? Нужно обвести.				
		ФИНАНСОВАЯ РЕНТА	ПЕНСИЯ	ВЫПЛАТЫ ИЗ ДОХОДОВ КАЗИНО В ИНДЕЙСКОЙ РЕЗЕРВАЦИИ	ДОХОД ОТ СДАЧИ В АРЕНДУ	СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

Раздел 2. Для того чтобы покрыть свои ежемесячные расходы, Вы используете свои сбережения или занимаете деньги?		
ДА	НЕТ	Используете сбережения или ссуду под залог дома? На какую сумму? _____
ДА	НЕТ	Используете другой источник дохода? На какую сумму? _____
ДА	НЕТ	Используете кредитные карты? На какую сумму? _____
ДА	НЕТ	Занимаете где-нибудь еще? На какую сумму? _____

Штамп нотариуса, если нужно, (только DOE) или
подпись исполнительного директора

Раздел 3. Как в прошлом месяце Вы покрывали ежемесячные расходы?				
СТАТЬЯ РАСХОДА	СУММА ЗА МЕСЯЦ	КАК УПЛАТИЛИ?	ЕСЛИ ЗА ВАС КТО-НИБУДЬ ПЛАТИТ, ЗАПОЛНИТЕ ЗДЕСЬ:	
Аренда или ипотека	\$		Имя, фамилия:	Телефон:
			Адрес:	
Коммунальные услуги	\$		Имя, фамилия:	Телефон:
			Адрес:	
Еда	\$		Имя, фамилия:	Телефон:
			Адрес:	

Раздел 4. Если никаких доходов из числа перечисленных выше у Вас нет, объясните, как покрываете ежемесячные расходы:	

Подпись:
Подписывая эту форму, я подтверждаю, что считаю все сообщенные здесь сведения точными и истинными. Я разрешаю проверить эти сведения. За сообщение ложных или фальсифицированных сведений я могу быть привлечен к ответственности по федеральному законодательству и законодательству штата.

Подпись

Дата



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.