



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

Kagawaran ng mga Serbisyo sa Komunidad at Pagpapaunlad

Form para sa Intake ng LIHWAP

CSD 41 (04/2022)

<i>Opisyal na Paggamit Lamang:</i>	
A.C.C.	
Petsa ng Sert. ng Pagiging Nararapat	

Ahensiya:		Mga Inisyal sa Intake:		Petsa ng Intake:	
Pangalan		Initial ng Middle Name		Apelyido	
				Petsa ng Kapanganakan MM/DD/YY	
ADRES NG SERBISYO – Adres kung saan ka nakatira (<i>hindi</i> ito maaaring isang P.O. Box)					
Address ng Serbisyo					Numero ng Yunit
Lungsod ng Serbisyo		County ng Serbisyo		Estado ng Serbisyo	Zip Code ng Serbisyo
Ang adres ba ng serbisyo mo ay pareho sa adres na pangkoreo?..... <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi					
Ikaw ba ay may-ari o umuupa ng tahanan mo?..... <input type="checkbox"/> May-ari <input type="checkbox"/> Umuupa					
Adres na Pangkoreo					Numero ng Yunit
Lungsod ng Koreo		County ng Koreo		Estado ng Koreo	Zip Code ng Koreo
Social Security Number (SSN):					Numero ng Telepono ()
E-mail Adres:					

MGA TAONG NAKATIRA SA SAMBAHAYAN Ilagay ang kabuuang bilang ng mga taong nakatira sa sambahayan, kasama ang sarili mo		KITA Ilagay ang kabuuang bilang ng mga taong nakatatanggap ng kita	
<i>Demograpiko: Ilagay ang bilang ng mga tao sa sambahayan na:</i>		<i>Ilagay ang kabuuang buwanang kita para sa lahat ng mga taong nakatira sa sambahayan:</i>	
Mga edad na 0 – 2 Taong Gulang		TANF / CalWorks	\$
Mga edad na 3 - 5 taong gulang		SSI / SSP	\$
Mga edad na 6 - 18 taong gulang		SSA / SSDI	\$
Mga edad na 19 - 59		(Mga) Sahod	\$
Mga edad na 60 at mas matanda		Interes	\$
May kapansanan		Pensiyon	\$
Natibong Amerikano		Iba pa	\$
Pana-panahon o Migranteng Trabahador sa Sakahan		Kabuuang Buwanang Kita	\$

MGA MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN			
ILAGAY ANG IMPORMASYON SA IBABA PARA SA LAHAT NG MGA MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN.			
Kung mayroon kang higit sa 7 tao sa sambahayan, pakilista ang impormasyon sa hiwalay na piraso ng papel.			
APLIKANTE (MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN 1)			
Pangalan	G.I.	Apelyido	Relasyon sa Aplikante <i>Sarili</i>
Petsa ng Kapanganakan:	Lahi: <input type="checkbox"/> Indiyang Amerikano o Katutubong Taga-Alaska		Hispano/ Latino/Espanyol? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hindi Alam/ Tumangging Sabihin
Kasarian: <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki	<input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim o Aprikanong Amerikano		
<input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/ Tumangging Sabihin	<input type="checkbox"/> Katutubong Taga-Hawaii o Iba Pang Taga Isla Pasipiko <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Maraming Lahi <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin		
Halaga ng Kabuuang Buwanang Kita (bago ang mga buwis):		Pinagmulan ng Kita:	

MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN 2

Pangalan	G.I.	Apelyido	Relasyon sa Aplikante
Petsa ng Kapanganakan:	Lahi: <input type="checkbox"/> Indiyangong Amerikano o Katutubong Taga-Alaska		Hispano/ Latino/Espanyol? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin
Kasarian: <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/ Tumangging Sabihin	<input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim o Aprikanong Amerikano <input type="checkbox"/> Katutubong Taga-Hawaii o Iba Pang Taga Isla Pasipiko <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Maraming Lahi <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin		
Halaga ng Kabuuang Buwanang Kita (bago ang mga buwis):		Pinagmulan ng Kita:	

MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN 3

Pangalan	G.I.	Apelyido	Relasyon sa Aplikante
Petsa ng Kapanganakan:	Lahi: <input type="checkbox"/> Indiyangong Amerikano o Katutubong Taga-Alaska		Hispano/ Latino/Espanyol? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin
Kasarian: <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/ Tumangging Sabihin	<input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim o Aprikanong Amerikano <input type="checkbox"/> Katutubong Taga-Hawaii o Iba Pang Taga Isla Pasipiko <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Maraming Lahi <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin		
Halaga ng Kabuuang Buwanang Kita (bago ang mga buwis):		Pinagmulan ng Kita:	

MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN 4

Pangalan	G.I.	Apelyido	Relasyon sa Aplikante
Petsa ng Kapanganakan:	Lahi: <input type="checkbox"/> Indiyangong Amerikano o Katutubong Taga-Alaska		Hispano/ Latino/Espanyol? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin
Kasarian: <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/ Tumangging Sabihin	<input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim o Aprikanong Amerikano <input type="checkbox"/> Katutubong Taga-Hawaii o Iba Pang Taga Isla Pasipiko <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Maraming Lahi <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin		
Halaga ng Kabuuang Buwanang Kita (bago ang mga buwis):		Pinagmulan ng Kita:	

MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN 5

Pangalan	G.I.	Apelyido	Relasyon sa Aplikante
Petsa ng Kapanganakan:	Lahi: <input type="checkbox"/> Indiyangong Amerikano o Katutubong Taga-Alaska		Hispano/ Latino/Espanyol? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin
Kasarian: <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/ Tumangging Sabihin	<input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim o Aprikanong Amerikano <input type="checkbox"/> Katutubong Taga-Hawaii o Iba Pang Taga Isla Pasipiko <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Maraming Lahi <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin		
Halaga ng Kabuuang Buwanang Kita (bago ang mga buwis):		Pinagmulan ng Kita:	

MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN 6

Pangalan	G.I.	Apelyido	Relasyon sa Aplikante
Petsa ng Kapanganakan:	Lahi: <input type="checkbox"/> Indiyangong Amerikano o Katutubong Taga-Alaska		Hispano/ Latino/Espanyol? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin
Kasarian: <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/ Tumangging Sabihin	<input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim o Aprikanong Amerikano <input type="checkbox"/> Katutubong Taga-Hawaii o Iba Pang Taga Isla Pasipiko <input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Maraming Lahi <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin		
Halaga ng Kabuuang Buwanang Kita (bago ang mga buwis):		Pinagmulan ng Kita:	

MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN 7

Pangalan	G.I.	Apelyido	Relasyon sa Aplikante
----------	------	----------	-----------------------

Petsa ng Kapanganakan:	Lahi: <input type="checkbox"/> Indiyang Amerikano o Katutubong Taga-Alaska	Hispano/ Latino/Espanyol?
Kasarian: <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Lalaki	<input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Itim o Aprikanong Amerikano	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
<input type="checkbox"/> Iba pa	<input type="checkbox"/> Katutubong Taga-Hawaii o Iba Pang Taga Isla Pasipiko	<input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin
<input type="checkbox"/> Hindi Alam/ Tumangging Sabihin	<input type="checkbox"/> Puti <input type="checkbox"/> Maraming Lahi <input type="checkbox"/> Iba pa	
	<input type="checkbox"/> Hindi Alam/Tumangging Sabihin	
Halaga ng Kabuuang Buwanang Kita (bago ang mga buwis):	Pinagmulan ng Kita:	

Ikaw ba o sinuman sa sambahayan mo ay KASALUKUYANG tumatanggap ng CalFresh (Mga Stamp ng Pagkain)? Oo Hindi

Ikaw ba o sinuman sa sambahayan mo ay KASALUKUYANG tumatanggap ng CalWorks (Tulong na Cash)? Oo Hindi

Ikaw ba o sinuman sa sambahayan mo ay nakatanggap ng tulong sa LIHEAP sa nakaraang 120 araw? Oo Hindi

MAGBAYAD NG SINGIL

Saang singil, kasama ang mga statement ng buwis sa pag-aari, (PUMILI LANG NG ISA) ang gusto mong lapatan ng benepisyo ng LIHWAP? (Maglakip ng kumpletong kopya ng pinakabagong bill o resibo)

Singil sa Tubig Singil sa Wastewater Pinagsama ang Tubig at Wastewater sa Isang Singil

Ilagay ang kompanya ng tubig/wastewater at numero ng account:

Pangalan ng Kompanya: _____ Account #: _____

Pinutol ba ang serbisyo ng utility mo? Oo Hindi

Mayroon ka bang nakaraang nakatakdang abiso o nakaraang nakatakdang balanse sa iyong singil? Oo Hindi

Ang mga utility mo ba ay kasama sa upa o naka-submetro? Oo Hindi

Gagamitin ang impormasyon sa aplikasyong ito para matukoy at mapatotohanan ang pagiging nararapat ko para sa tulong. Sa paglagda sa ibaba, binibigay ko ang aking panhintulot (permisyon) sa CSD, sa mga kontratista nito, mga consultant, ibang ahensiya ng pederal o estado (Mga Kasosyo ng CSD) at sa aking kompanya ng utility at mga kontratista nito, na magbahagi ng impormasyon tungkol sa account ng utility ng saking sambahayan at/o ibang impormasyong kailangan para magbigay ng mga serbisyo at benepisyo sa akin ayon sa nakalarawan sa katapusan ng form. Nauunawaan ko na kung ang aplikasyon ko para sa mga benepisyo o mga serbisyo ng LIHWAP ay tinanggihan, o kung makatanggap ako nang wala sa oras na sagot o hindi kasiya-siyang pagganap, maaari akong magsimula ng nakasulat na apela sa lokal na nagbibigay ng serbisyo at ang apela ko ay rerepasuhin nang hindi lalagpas sa 15 araw makalipas matanggap ang apela. Kung hindi ako nasisiyahan sa desisyon ng lokal na tagapaglaan ng serbisyo, maaari akong umapela sa Kagawaran ng mga Serbisyo sa Komunidad at Pagpapaunlad alinsunod sa Titulo 22, Kodigo ng mga Regulasyon ng California, seksyon 100805. Dinedeklara ko, sa ilalim ng multa ng pagsisinungaling, na ang impormasyon sa aplikasyong ito ay totoo, tama, at ang mga natanggap na pondo ay gagamitin lang para sa layunin ng pagbabayad ng aking gastusin sa tubig o wastewater.

X	*** LAGDA NG APLIKANTE ***	Petsa
----------	-----------------------------------	-------

PANGALAN NG AHENSIYA: Community Services and Development (CSD). YUNIT NA RESPONSABLE SA PAGPAPANATILI: Low Income Household Water Assistance Program (LIHWAP). AWTORIDAD: Pinangalanan ng Kodigo ng Gobyerno Seksyon 12087.2 (b) ang CSD bilang ahensiyang responsable sa pamamahala ng LIHWAP. LAYUNIN: Ang impormasyong ibibigay mo ay gagamitin para magpasya kung nararapat ka para sa benepisyo ng LIHWAP. PAGBIBIGAY NG IMPORMASYON: Boluntaryo ang programang ito. Kung pinili mong mag-aplay para sa tulong, dapat mong ibigay ang lahat ng kailangang impormasyon. IBANG IMPORMASYON: Gumagamit ang CSD ng mga istatistikong depinasyon mula sa taunang update ng Median ng Kita ng Estado, mga Alituntunin sa Kahirapan sa Income ng Pederal ng Kagawaran ng Kalusugan at mga Serbisyo sa Tao, para matukoy ang pagiging nararapat sa programa. Sa pagproseso ng aplikasyon, maaaring kailanganin kang hingan ng higit pang impormasyon ng designadong subcontractor ng CSD para pagpasyahan ang pagiging nararapat mo. ACCESS: Itatabi ng designadong subcontractor ng CSD ang nakumpleto mong aplikasyon at ibang impormasyon, kapag ginamit, para malaman ang pagiging nararapat mo. May karapatan kang i-access ang lahat ng mga talang may lamang impormasyon tungkol sa iyo. Hindi nagdidiskrimina ang CSD sa pagbibigay ng mga serbisyo sa batayan ng lahi, pangrelihiyong credo, kulay, pambansang pinagmulan, ninuno, pisikal na kapansanan, kapansanan sa pag-iisip, medikal na kundisyon, katayuan sa pag-aasawa, kasarian, edad, o seksuwal na oryentasyon.

APLIKANTE: HUWAG PUNAN ANG FORM SA IBABA. PARA SA OPISYAL NA PAGGAMIT LAMANG ANG SEKSIYONG ITO.

Kabuuang Benepisyo ng LIHWAP \$ _____

Kabuuang Gastos sa Tubig o Wastewater (para sa water burden lang) \$ _____ Pasanin sa Tubig _____

Napanumbalik ang Mga Serbisyon Tubig matapos putulin: Oo Hindi

Napigilan ang Mga Serbisyo sa Pagputol ng Tubig: Oo Hindi

Department of Community Services and Development

CSD 43B (rev.12/2013)

SERTIPIKASYON NG KITA AT MGA GASTUSIN

Ikaw ay hinihiling na kumpletuhin ang form na ito dahil ikaw ay humingi ng tulong, at isinaad na ang iyong buong sambahayan ay hindi makapagbibigay ng patunay ng kita. Kinakailangan ng Estado ng California na ang aplikante ay mag-ulat ng lahat ng pinagkukunan ng kita. Ang form na ito ay makakatulong sa atin na intindihin kung paano mo matutugunan ang mga gastusin. Mangyaring kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba:

Pangalan at Address	
Pangalan:	
Address:	

Seksyon 1: Ikaw ba ay may mga pinagkukunan ng kita na nakalimutang iulat?						
OO	HINDI	Sa nakalipas na buwan, ikaw ba ay nagtrabaho ng part time?				
OO	HINDI	Sa nakalipas na buwan, ikaw ba ay sariling nagtrabaho?				
OO	HINDI	Sa nakalipas na buwan, ikaw ba ay nakatanggap ng salapi sa anumang trabaho na iyong ginanap paminsan minsan , tulad ng trabaho sa bakuran, pag-aaruga ng bata, pagbibigay ng donasyon sa dugo, atbp?				
OO	HINDI	Sa nakalipas na buwan, ikaw ba ay nakatanggap ng anumang mga regalong salapi mula sa iba? Kung oo, mangyaring ilista ang pangalan at numero ng telepono ng taong nagbigay sa iyo ng regalo:				
OO	HINDI	Sa nakalipas na buwan, ikaw ba ay nakatanggap ng anuman sa mga sumusunod: (bilugan ang anumang nalalapat)				
		WORKER'S COMP	KAWALAN NG TRABAHO	NA-SPONSOR NA BENEFISYO NG GOBYERNO	SUPORTA SA BATA O CHILD SUPPORT	
OO	HINDI	Ikaw ba ay nakatanggap ng anuman sa mga sumusunod (bilugan ang anumang nalalapat)				
		ANNUITY NA KABAYARAN	PENSYON	KABAYARAN NG TRIBAL CASINO	KITA SA RENTA	BENEFISYO SA INSURANCE

Seksyon 2: Ikaw ba ay gumagastos sa iyong mga naipon o humihiram ng salapi upang tustusan ang buwanang mga gastusin?		
OO	HINDI	Ikaw ba ay gumagamit ng iyong naipon o home equity loan? Magkano? _____
OO	HINDI	Ikaw ba ay gumagamit ng ibang mga ari-arian? Magkano? _____
OO	HINDI	Ikaw ba ay humihiram mula sa mga credit cards? Magkano? _____
OO	HINDI	Ikaw ba ay humihiram mula sa ibang mga pinagkukunan? Magkano? _____

Lagyan ng selyo ng Notaryo sa ibaba, kung kinakailangan (DOE lamang) o lagdaan dito ng Ehekutibong Direktor

Seksyon 3: Mangyaring sabihin sa amin kung paano mo nabayaran itong mga buwanang gastusin sa nakaraang mga buwan:					
GASTUSIN	BUWANANG HALAGA	PAANO NABAYARAN ANG GASTUSIN?	KUNG MAY NAGBAYAD PARA SA IYO, MANGYARING KUMPLETUHIN ITO:		
Renta o Sangla	\$		Pangalan:	Telepono:	
			Address:		
Utilidad	\$		Pangalan:	Telepono:	
			Address:		
Pagkain	\$		Pangalan:	Telepono:	
			Address:		

Seksyon 4: Kung wala sa itaas ang nalalapat sa iyo, mangyaring ipaliwanag kung paano nabayaran ang buwanang mga gastusin:					

Lagda:
 Sa pamamagitan ng paglagda nitong form na ito, ako ay nagpapatibay na ako ay naniniwala na ang mga katotohanan na ito ay tumpak at totoo. Ako ay nagpapahintulot sa Tagapagbigay ng Serbisyo na beripikahin itong impormasyon. Ako ay maaaring managot sa ilalim ng pederal o batas ng estado sa sadyang paggawa ng mali at mapalinlang na mga pahayag.



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.