



Programa de Asistencia al Cliente (CAP)

El CAP es un programa de asistencia para personas con bajos ingresos que ofrece un descuento mensual en la factura del agua que se basa en el total mensual del medidor. Para saber si califica, complete este formulario y devuélvalo a Liberty con la prueba de asistencia necesaria.

Solo se necesitan tres simples pasos para saber si califica:

- 1 Complete el paso 1.
- 2 Complete el paso 2.
- 3 Firme y feche este formulario, y devuélvalo a Liberty.

Paso 1

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

N.º de cuenta de Liberty

Nombre (como figura en su factura de Liberty)

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

Teléfono

Dirección postal (si es diferente a su domicilio)

Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico

Paso 2 Identifique el grupo familiar o la asistencia a los ingresos

Si usted o algún miembro de su grupo familiar participa en alguno de los siguientes programas, marque todos los que corresponda

- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Programa de Asistencia Temporal para Personas o Familias Necesitadas (TA)
- Asistencia para la red de seguridad
- Medicaid o Child Health Plus
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia federal para la vivienda pública (FHA)
- Programas de pensiones para veteranos y beneficios para sobrevivientes
- Programa Federal Lifeline
- Ayuda general de la Oficina de Asuntos de Nativos Americanos
- Tribal Head Start
- Ayuda tribal temporal para familias necesitadas
- Programa de Distribución de Alimentos para Veteranos Indios con
- Pensión por Invalidez o de Supervivencia
- Todos los programas específicos de las tribus
- Programa de Asistencia de Energía a los Hogares (HEAP)
- Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos (LIHWAP)

Paso 2 (continuación)

¿Quién recibe la asistencia es el titular de la cuenta o es un integrante del grupo familiar?

- Titular de la cuenta
- Integrante del grupo familiar

Si quien recibe la asistencia es un integrante del grupo familiar, indique qué relación tiene con el titular de la cuenta.
(cónyuge, padre, hijo, etc.): _____

Si quien recibe la asistencia no es el titular de la cuenta, ¿tiene autorización en la cuenta?

- Sí

En caso afirmativo, indique su nombre y su número de teléfono.

Nombre _____ Número de teléfono _____

- No

Paso 3

Certifico:

Que las facturas de Liberty están a mi nombre.

Que notificaré a Liberty si ya no califico para esta tarifa.

Que comprendo que Liberty se reserva el derecho a exigir pruebas de la documentación de elegibilidad.

Que renovaré mi solicitud cuando Liberty me lo pida.

Que la presentación de esta solicitud no garantiza que tenga derecho a la ayuda.

Declaración y autocertificación: Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es real y correcta. Acepto presentar una prueba de asistencia o no podré calificar para este programa. Acepto informar a Liberty si ya no califico para recibir el descuento. Sé que si recibo cualquier tipo de descuento sin calificar para ello, se me puede solicitar que devuelva el descuento que he recibido. Comprendo que Liberty puede compartir mi información con otras empresas prestadoras de servicios públicos, agencias del estado o sus agentes para inscribirme en sus programas de asistencia o confirmar mi elegibilidad, y acepto que lo haga.

Firma:

Fecha:

Devolver a Liberty



Liberty New York
Atención: Customer Service Dept.
PO BOX 270
Massena, NY 13662



¿Tiene alguna duda? Llame sin cargo al 1-877-426-6999.