



PROGRAMA VECINOS APOYANDO VECINOS 2024 DE BELLEVUE UTILITY

450 110TH Ave NE

P.O. Box 90012, Bellevue, WA 98009-9012

Teléfono: 425-452-5285

Se brindan servicios lingüísticos por teléfono a pedido. Sistema de retransmisión TTY: 711

Sitio web: bellevuewa.gov/UtilityRelief

Correo electrónico: UtilityRelief@bellevuewa.gov

PAUTAS DEL PROGRAMA VECINOS APOYANDO VECINOS

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

La ciudad de Bellevue ofrece alivio temporal de los cargos por servicios públicos a los residentes que viven dentro del área de servicio de Bellevue Utilities y pagan sus facturas de servicios públicos de agua directamente a la ciudad de Bellevue. Los residentes deben cumplir con pautas específicas para personas de bajos ingresos, no deben beneficiarse actualmente del Programa de ayuda para las tarifas de servicios públicos (Utility Rate Relief Program) y tener una cuenta morosa. Si cumplen los requisitos de este programa, los residentes pueden recibir una reducción del 100 % en la factura de servicios públicos básicos (el beneficio no debe superar los \$352.00) por hasta 2 meses de cargos por servicios públicos. Es posible que no se eximan algunos cargos, como los cargos de recuperación de capital (capital recovery charges, CRC). Los residentes solo podrán recibir esta asistencia **una vez** al año.

NOTA: Los programas se basan en los fondos disponibles y están sujetos a cambios sin previo aviso.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Los solicitantes deben reunir los requisitos que se indican a continuación:

- Tener bajos ingresos y cumplir con los requisitos de ingresos familiares* que se indican a continuación.

Cantidad de integrantes de la familia en 2024	Ingresos familiares mensuales*
1 persona	\$3,996
2 personas	\$4,567
3 personas	\$5,138
4 personas	\$5,708
5 personas	\$6,167
6 personas	\$6,625

- Vivir en la dirección que recibirá los servicios en 2024 y figurar en la cuenta de City of Bellevue Utilities.
- No estar actualmente inscritos en el Programa de ayuda para las tarifas de servicios públicos autorizado según la sección 24.10.020 del Código de la ciudad de Bellevue (Bellevue City Code, BCC).
- Tener una cuenta morosa.

* Ingresos significa "ingresos disponibles", según se define en la sección 84.36.383 del Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW), más toda compensación por discapacidad y todos los subsidios. El total de ingresos familiares es el ingreso total de todas las personas que vivirán en el hogar durante 2024. Los ejemplos de ingresos y la documentación requerida se describen en la sección "Cómo presentar la solicitud" que se encuentra a continuación.

CÓMO PRESENTAR LA SOLICITUD

Debe completar y devolver la *Solicitud de servicios públicos de Vecinos apoyando vecinos (Neighbors Helping Neighbors, NHN) de 2024* con la documentación de identificación, residencia e ingresos requerida. Las solicitudes se pueden obtener en línea en [Utility Rate and Tax Relief \(Beneficios fiscales y reembolso de](#)

[tarifas de los servicios públicos](#) | [City of Bellevue \(ciudad de Bellevue\) \(bellevuewa.gov\)](#) o llamando a Bellevue Utilities al 425-452-5285 para pedir una solicitud. **Una vez que tenga el paquete de solicitud, los pasos a seguir son los siguientes:**

1. Recopile los documentos necesarios de la lista de documentos requeridos.
2. Complete la solicitud. Lea la declaración de "Información importante", firme la solicitud e indique la fecha. **NOTA:** Si firma en nombre de un solicitante, debe presentar una copia del poder que le autoriza a hacerlo.
3. Envíe la solicitud completada y firmada con copias de toda la documentación requerida. Hay dos formas de enviar los materiales para este programa:
 1. Por correo: Puede enviar su solicitud por correo postal. Firme la solicitud, indique la fecha e incluya copias de toda la documentación requerida al devolver los documentos. Los formularios de solicitud incompletos o la documentación faltante retrasarán el procesamiento de la solicitud. La dirección postal del programa es la siguiente:

City of Bellevue Utilities
Attn: Utility Rate Relief Program
P.O. Box 90012
Bellevue, WA 98009-9012

Por medios electrónicos: Puede enviar su solicitud por correo electrónico a UtilityRelief@bellevuewa.gov y solicitar acceso a una carpeta segura en la que podrá cargar los documentos escaneados. No envíe los documentos por correo electrónico.

4. Asistencia en persona: Llámenos al (425)-452-5285 para programar una cita.

Enviar una solicitud no garantiza la elegibilidad. No se podrán procesar solicitudes sin la documentación completa.

DOCUMENTOS REQUERIDOS: Deben presentarse fotocopias de la siguiente documentación con el formulario de solicitud firmado:

- A. Comprobantes de ingresos de cada integrante de la familia de los últimos 30 días.** Debe enviar las fotocopias de los estados de cuenta o la documentación* de CADA persona que viva con usted en 2024 y de TODAS las fuentes de ingresos que correspondan a su hogar durante los últimos 30 días. Algunos ejemplos de ingresos familiares incluyen, entre otros, los siguientes:
- Sueldo, salarios, propinas, etc.
(*recibos de pago*)
 - Intereses o dividendos
(*estados de cuenta*)
 - Pensión alimentaria o manutención del cónyuge (*estados de cuenta del Estado o del Departamento de Servicios Sociales y de Salud [Department of Social and Health Services, DSHS]*)
 - Ingresos comerciales, que incluyen los ingresos por alquiler de propiedades o pagos de alquiler de coinquilino
(*evidencia de pagos recibidos*)
 - Pensión, beneficios de veteranos o pensiones vitalicias (*estados de cuenta*)
 - Beneficios de jubilación para ferroviarios
(*estados de cuenta*)
 - Seguro por desempleo o de trabajo e industrias
(*estados de cuenta*)
 - Estado de cuenta del Seguro Social
(*Administración del Seguro Social [Social Security Administration, SSA], Seguridad de Ingreso Suplementario [Supplemental Security Income, SSI], Seguro de Invalidez del Seguro Social [Social Security Disability Insurance, SSDI]*)
 - Subsidios o efectivo

- Ganancias de capital
- Retiro de cuentas individuales de jubilación (Individual Retirement Account, IRA) (*estados de cuenta*)
- Ingresos por estudios o trabajo
- Pagos o beneficios militares
- Otros

* Si no puede proporcionar documentación de los ingresos de la fuente original, presente los estados de cuenta bancarios que acrediten los depósitos correspondientes.


B. Se requiere identificación de todos los integrantes de la familia correspondiente a 2024. Debe presentar una identificación con fotografía válida de cada persona que viva en su hogar en 2024. Las formas aceptables de identificación incluyen licencia de conducir, tarjeta de identificación del estado de WA, pasaporte u otra identificación con fotografía emitida por el gobierno. Para los integrantes de la familia menores de 18 años, presente una copia del acta de nacimiento certificada. **NO ENVÍE ORIGINALES** ya que no podemos devolverlos ni garantizar su seguridad. **NOTA:** No se aceptarán documentos de identificación vencidos.

DESPUÉS DE ENVIAR LA SOLICITUD

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Presentar una solicitud completa con toda la documentación requerida ayuda a acelerar el procesamiento.
- Si se rechaza su solicitud, le enviaremos una notificación.
- Se notificará a los solicitantes que reúnan los requisitos una vez que la solicitud se haya aprobado y procesado.

El Departamento de Servicios Públicos (Utilities Department) se reserva el derecho de auditar o solicitar información adicional relacionada con cualquier solicitud o renovación para garantizar la elegibilidad y el cumplimiento de los requisitos del programa. El departamento puede denegar las solicitudes o renovaciones que contengan una declaración de hechos falsa o engañosa o puede anular la elegibilidad de la ayuda para las tarifas que se haya obtenido mediante fraude o mediante una declaración de hecho falsa o engañosa. Todos los fondos que se hayan reembolsado o la diferencia descontada en las tarifas como resultado de un fraude o una declaración de hecho falsa o engañosa por parte del solicitante se devolverán a la ciudad. La ciudad podrá utilizar cualquier medio legal necesario para solicitar el reembolso de dichos fondos.

 Si necesita formatos alternativos, servicios de interpretación u otro tipo de adaptación razonable, llame con al menos 48 horas de anticipación al 425-452-5285 (llamada por voz) o escriba al correo electrónico UtilityRelief@bellevuewa.gov. Si tiene quejas sobre las adaptaciones, comuníquese con el administrador de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA)/Título VI de la ciudad de Bellevue a través del 425-452-6168 (llamada por voz) o escriba al correo electrónico ADATitle@bellevuewa.gov. Si sufre de sordera o tiene discapacidades auditivas, marque 711. Todas las reuniones cuentan con acceso para sillas de ruedas.



Programa Vecinos Apoyando Vecinos 2024 de Bellevue Utility

OFFICE USE: _____
Date Received: _____
Date Complete: _____
Status: _____
Initial: _____

450 110th Ave NE, Bellevue, WA 98004 | PO Box 90012, Bellevue, WA 98009-9012
 Teléfono: 425-452-5285 | Correo electrónico: UtilityRelief@bellevuewa.gov
 Sitio web: BellevueWA.gov/UtilityRelief
 Se brindan servicios lingüísticos por teléfono a pedido. Sistema de retransmisión TTY: 711

OFFICE USE ONLY
NHN: _____ Batch: _____
Check:
<input type="checkbox"/> Incl List <input type="checkbox"/> Signature <input type="checkbox"/> Income <input type="checkbox"/> Residency

Para calificar para el programa Vecinos apoyando vecinos (Neighbors Helping Neighbors, NHN), usted debe ser la persona que paga el servicio de agua de la ciudad de Bellevue.

1. ¿Es usted quien paga por el servicio de agua de la ciudad de Bellevue?

Sí: Indique el número de cuenta:

No: Deténgase aquí. Usted no califica para este programa.

2. Nombre legal del solicitante (en letra de imprenta):

APELLIDO	NOMBRE DE PILA

3. Fecha de nacimiento: _____

4. Dirección completa de su residencia principal:

5. Dirección postal actual (si es diferente):

6. Número de teléfono (con código de área): _____

Dirección de correo electrónico: _____

7. Indique si usted: Es propietario de su casa Alquila su casa

8. ¿Ha calificado para este programa antes? Sí. Año: _____ No

9. ¿Cuántas personas viven con usted en su hogar?

Escriba los nombres de cada persona en letra de imprenta a continuación:

	NOMBRE (Utilice nombres legales. Sin apodos).	APELLIDO	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Relación con el solicitante
A.				
B.				
C.				
D.				
E.				
F.				
G.				
H.				

10. ¿Usted o alguna de las personas que viven en su hogar tuvieron ingresos de alguna de las siguientes fuentes durante los últimos 30 días? DEBE marcar la casilla "Sí" o "No". Si responde "Sí" en una casilla, deberá proporcionar documentación* para verificar esa respuesta.

Source of Income	Required Document	Sí o No
Sueldo, salarios, propinas, etc. (recibos de pago)	W-2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Intereses y dividendos (estados de cuenta)	1099-INT/1099-DIV	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pensión alimentaria o manutención del cónyuge (estados de cuenta del Estado o del Departamento de Servicios Sociales y de Salud [Department of Social and Health Services, DSHS])	State/DSHS Statements	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ganancias de capital	1040 + Schedule D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos comerciales, que incluyen los ingresos por alquiler o pagos de alquiler de coinquilino	1040 + Schedule C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Retiro de cuentas individuales de jubilación (Individual Retirement Account, IRA) (estados de cuenta)	1099-R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Source of Income	Required Document	Sí o No
Pensión, beneficios de veteranos o pensiones vitalicias (estados de cuenta)	1099-R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguro por desempleo o de trabajo e industrias (estados de cuenta)	1099-G	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seguro Social (estados de cuenta)	SSA,SSI, SSDI, 1099 Statements	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos por estudios o trabajo (estados de cuenta)	School Statements	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Subsidios o efectivo - Explique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pagos o beneficios militares	Statement/Other proofs	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Beneficios de jubilación para ferroviarios (estados de cuenta)	RRB-1099	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros ingresos	Supporting Documents	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*Si no puede proporcionar documentación de ingresos de una fuente original, presente los estados de cuenta bancarios que reflejen todos los depósitos correspondientes a lo anterior.

10. Verifique los documentos que incluyó con su solicitud completada:

- Documentación de los comprobantes de ingresos que se marcó con un Sí en la pregunta n.º 10.
- Copia de una identificación con fotografía válida o certificados de nacimiento de las personas menores de 18 años de todos los integrantes de la familia correspondiente a 2024 que se indicaron en la pregunta n.º 9.

INFORMACIÓN IMPORTANTE: LEA ANTES DE FIRMAR

Yo, el abajo firmante, bajo pena de perjurio de las leyes del estado de Washington, por la presente declaro y certifico lo siguiente:

- He leído y comprendido todas las pautas del Programa de ayuda para las tarifas de servicios públicos (Utility Rate Relief Program) de 2024 para el Programa de Donación de Vecinos apoyando vecinos (01/01/2024) que recibí con esta solicitud, y toda la información proporcionada por mí en esta solicitud es exacta, completa y verdadera según mi leal saber y entender.
- Entiendo que presentar la documentación requerida no garantiza la elegibilidad para el programa. Sin embargo, dicha información se utilizará para determinar si califico para los beneficios del programa.
- Entiendo que la ciudad utilizará los documentos de ingresos que presenté para crear una hoja de cálculo de ingresos que se utilizará con el de determinar si reúno los requisitos en función de los ingresos.
- He leído la definición de “ingresos disponibles” para el programa y, según mi leal saber y entender, los integrantes de mi familia y yo somos elegibles para el programa.
- He proporcionado a la ciudad una lista verdadera y precisa de los “ingresos disponibles” para los últimos 30 días.
- Entiendo que la reducción de tarifa del 100 % en los cargos por servicios públicos básicos es solo por dos (2) meses y que soy elegible para este programa una vez al año.
- Entiendo que cualquier intento de falsificar mi información resultará en mi descalificación del programa para este año y que, debido a ello, pueden solicitarme que reembolse los beneficios recibidos y estar sujeto a sanciones civiles o penales.
- Entiendo que la ciudad se reserva el derecho de auditar mis registros para determinar mi elegibilidad para el programa.
- Entiendo que, si recibo ayuda para las tarifas de servicios públicos y no revelo todas las fuentes de ingresos disponibles para los integrantes de la familia durante los últimos 30 días, la ciudad puede recuperar el costo real de mis facturas de servicios públicos durante el período en el que no fui elegible.

FIRMA DEL SOLICITANTE*

FECHA

**Si firma en nombre de un solicitante, DEBE presentar una copia del poder que le autoriza a hacerlo.*

