



BELLEVUE UTILITY 鄰里互助計劃 - 2024

450 110TH Ave NE
PO Box 90012 · Bellevue, WA 98009-9012
電話：425-452-5285
根據請求提供語言專線協助 · TTY 中繼 711

網址：bellevuewa.gov/UtilityRelief
電子郵件：UtilityRelief@bellevuewa.gov

鄰里互助計畫指南

計畫說明

City of Bellevue 為居住在 Bellevue Utilities 服務區內、並直接向 City of Bellevue 支付水費的居民提供臨時公用事業服務費減免。居民必須符合特定的低收入指南，目前未享有公用事業費率減免計畫 (Utility Rate Relief Program) 的服務，且存在帳戶拖欠情形。居民若符合本計畫資格，可獲得基礎公用事業費用 100% 減免（優惠金額不超過 352 美元），最多可享有 2 個月的公用事業服務費用減免。部分費用，如資本回收費用 (Capital recovery charges, CRCs)，可能無法被免除。居民每年只享受一次本計畫援助。

注意：計畫依可用資金而定，且可能在不事先通知的情況下變更。

資格標準

申請人必須：

- 符合以下家庭收入 * 指南所規定的低收入者；且

2024 年家庭規模	每月家庭收入*
1 人	3,996 美元
2 人	4,567 美元
3 人	5,138 美元
4 人	5,708 美元
5 人	6,167 美元
6 人	6,625 美元

- 於 2024 年居住在接受服務所在地區，且在 City of Bellevue Utilities 帳戶有開戶署名；並且
- 目前未參加根據 BCC (Bellevue City Code) 24.10.020 授權的公用事業費率減免計畫。
- 存在帳戶拖欠情況。

* 收入指「可支配收入」，如 RCW (Revised Code of Washington) 84.36.383 所定義，累計所有殘障補償和任何及所有禮品。家庭總收入指 2024 年居住在同一家庭的所有成員總收入。所需收入及文件範例將在後續的「如何申請」部分中詳細描述。

如何申請

您必須填寫並遞交一份「2024 年公共事業鄰里互助 (Neighbors Helping Neighbors) 計畫申請表」，並附上所需的身份證明、居住證明和收入證明文件。可於 [Utility Rate and Tax Relief | City of Bellevue \(bellevuewa.gov\)](http://UtilityRateandTaxRelief.CityofBellevue.gov) 線上獲取申請表，或透過撥號 425-452-5285 向 Bellevue Utilities 請求申請。一旦您獲取申請包，下一步：

1. 從所需文件清單中採集必要文件。
2. 填寫申請。查閱「重要資訊」聲明，簽名並於申請表上填寫日期。**注意：**若代表申請人簽署，您必須提供一份授權您作出此行為的委託書副本。

3. 遞交已填寫且簽名的申請書及所有必要文件副本。有兩種方式可以遞交本計畫所要求的材料：

1. **郵寄方式**- 可以透過郵寄方式遞交您的申請。請在申請表上簽名並填寫日期，且在返還文件時附上所有必須文件之副本。未填申請表格或缺失文件將延遲您的申請處理。本計畫的郵寄地址為：

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

電子方式 - 可以透過電子郵件向 UtilityRelief@bellevuewa.gov 遞交申請，請求訪問安全文件夾，以便您上傳掃描的文件。請勿透過電子郵件傳送您的文件。

4. 現場協助 - 請撥號 (425)-452-5285 與我們預約時間。

遞交申請不保證符合資格。未提供填寫完整文件的申請將無法處理。

所需文件 - 下列文件之影印本必須與您簽名的申請表一同提供：

A. 過去 30 天內每位家庭成員的收入證明。請提供 2024 年與您同住的每位成員的賬單 / 文件 * 影本，以及過去 30 天內適用於您家庭的所有收入來源。家庭收入部分範例包括但不限於：

- 薪資 / 工資 / 小費等 (薪資單)
- 利息 / 股息 (賬單)
- 贍養費 / 配偶贍養費 (州 / 国家卫生服务部 (Department of Social and Health Services) 賬單)
- 商業收入，包括租賃物業收入和 / 或租金付款，合租人 (付款接收證明)
- 資本收益
- IRA (Individual Retirement Account) 提款 (賬單)
- 退休金 / 退伍軍人 / 年金 (賬單)
- 鐵路退休福祉 (賬單)
- 失業 / 勞工與產業 (賬單)
- 社會安全賬單 (社會保障署，附加保障收入，社會安全保險殘疾保險) (Social Security Administration, SSA; Supplemental Security Income, SSI; Social Security Disability Insurance, SSDI)
- 禮品 / 現金
- 工讀收入
- 軍人薪酬 / 福祉
- 其他

*若無法提供原始收入證明文件，請提供相應銀行對賬單以證明相關存款。


B. 必須提供 2024 年所有家庭成員的身份證明。2024 年，您的每位家庭成員都要求提供帶有效照片的身份證明。可接受的身份證明文件包括：駕照、WA (Washington) 州身份證、護照或其他政府發行的帶照片身份證明。對於 18 歲以下的家庭成員，請遞交他們的出生證明原件之副本。**請勿寄送原件**，因為我們無法返還或保證其安全。注意：不接受過期的身份證。

遞交申請後續事宜

請注意下述事項：

- 提供一份包含所有必要文件的完整申請有助於加速處理。
- 如果申請被拒絕，您將會收到通知。
- 符合資格的申請人將在申請獲批和處理後被告知。

公用事業部保留審核或要求提供與任何申請或續約相關的額外資訊的權利，以確保符合資格並遵守計畫要求。相關部分可能會拒絕任何包含虛假或誤導性陳述的申請或續約，或可能撤銷因欺詐或任何虛假或誤導性陳述而獲得的費率減免資格。任何因申請人欺詐或虛假或誤導性陳述事實而獲得的資金退款或費率差額折扣，應退還給本市。本市可使用任何合法手段來尋求償還上述資金。

 如需申請替代格式、口譯員或合理便利安排，請至少提前 48 小時致電 425-452-5285（語音）或發送電子郵件至 UtilityRelief@bellevuewa.gov。如需提出有關便利安排的投訴，請聯絡 City of Bellevue ADA (Americans with Disabilities Act) / 第六管理員，電話：425-452-6168（語音），或電子郵件：ADATitle@bellevuewa.gov。如果您是失聰或重聽人士，請撥打 711。所有會議均可使用輪椅進入會場。



2024 年 Bellevue Utility 鄰里互助計劃

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

450 110th Ave NE, Bellevue, WA 98004
 PO Box 90012, Bellevue, WA 98009-9012
 電話: 425-452-5285 | 電子郵件: UtilityRelief@bellevuewa.gov | 網址: BellevueWA.gov/UtilityRelief
 根據請求提供語言專線協助。TTY 中繼711

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

欲符合「鄰里互助計畫」(Neighbors Helping Neighbors) 資格, 您必須為向 City of Bellevue 支付水務費用的住戶。

1. 您是否支付 City of Bellevue 的供水服務費用?

- 是的請提供帳戶號碼:
- 否: 截止於此。您不符合本計畫的資格要求。

2. 申請人法定姓名(正楷):

_____ 姓 _____ 名

3. 出生日期: _____

4. 請填寫您主要居住地的完整地址:

5. 當前郵寄地址(若不一致):

6. 電話號碼(含區碼): _____

電子郵件地址: _____

7. 您是否為: 業主 租戶

8. 您之前是否符合資格參加本計畫? 符合。年 _____ 不符合

9. 您家中有多少成員與您同住？ _____ 請在下方列印每位成員姓名：

名字 (請使用法定姓名不得使用暱稱。)	姓氏	出生日期 (年 / 月 / 日)	與申請人關係
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			
F.			
G.			
H.			

10. 您或您家庭中的任何成員在過去 30 天內是否有以下任一來源的收入？您必須在相應方框中勾選「是」或「否」。針對勾選「是」的方框，就其下每一項，您必須提供相應文件 * 以驗證一致性。

Source of Income	Required Document	Yes or No
薪資 / 工資 / 小費等 (薪資單)	W-2	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
利息 & 股息 (賬單)	1099-INT/1099-DIV	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
贍養費 / 配偶贍養費 (州/国家卫生服务部 (Department of Social and Health Services) 賬單)	State/DSHS Statements	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
資本收益	1040 + Schedule D	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
商業收入, 包括租金收入和 / 或 來自合租人的租金 付款	1040 + Schedule C	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
個人退休金帳戶 (Individual retirement account, IRA) 提款 (賬單)	1099-R	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
退休金 / 退伍軍人福祉 / 年金 (賬單)	1099-R	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
失業 / 勞動和產業 (賬單)	1099-G	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
社會安全 (賬單)	SSA, SSI, SSDI, 1099 Statements	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

Source of Income	Required Document	Yes or No
工讀收入(賬單)	School Statements	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
禮品 / 現金 - 說明:		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
軍人薪酬 / 福祉	Statement/Other proofs	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
鐵路退休福祉(賬單)	RRB-1099	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
其他收入:	Supporting Documents	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

*如果無法提供原始收入證明文件, 請提供反映上述所有存款的銀行對賬單。

11. 檢查您所附文件是否已隨申請同時遞交:

問題 10 項下所列標「是」的文件為收入證明文件

問題 9 項下所列文件為 2024 年所有家庭成員帶有效照片的身份證明文件或 18 歲以下成員的出生證明副本。

重要提示 - 簽名前請先仔細查閱

本人, 以下簽名人士, 依據 Washington 州法律對偽證罪的處罰, 特此宣誓並證明:

- 本人已查閱並瞭解向此申請遞交的「2024 年度公共事業費率減免計畫 (Utility Rate Relief Program) 指南就鄰里互助捐款計畫 (2024 年 1 月 1 日)」所有相關事宜, 且本人就申請所提供的所有資訊均屬準確、完整、真實無訛。
- 本人瞭解遞交的所需文件並不保證必定符合本計畫資格。然而, 這些資訊將用作確定本人是否符合本計畫項下的福祉資格。
- 本人瞭解本人所提供的收入文件將被市政府用於創建一份收入工作表, 該工作表將用於確定收入資格。
- 本人已查閱該計畫所定義的「可支配收入」, 並且根據所知所悉, 本人及本人的家庭符合該計畫資格。
- 本人已向市政府提供過去 30 天內「可支配收入」真實且準確的清單。
- 本人瞭解基礎公共服務收費 100% 減免僅適用兩個月, 而且本人每年有一次資格參加此計畫
- 本人瞭解若企圖偽造本人之資訊, 將導致本人在今年被取消該計畫資格, 並可能需要本人返還所收受的福祉, 以及可能面臨民事或刑事處罰。
- 本人瞭解市政府保留審核本人之紀錄以確定本人對該計畫資格的權利。
- 本人瞭解, 如果本人接受公共事業補助, 卻沒有披露家庭成員在過去 30 天內的所有可支配收入來源, 市政府可能會追回本人在不符合資格期間的公共事業費用實際成本。

申請人簽名*

日期

*若代表申請人簽名, 必須提供授權您作出此行為的授權書副本。



如需其他格式、口譯者或合理的便利請求, 請至少提前 48 小時撥電 425-452-5285 (語音) 或發送電郵至 UtilityRelief@bellevuewa.gov。如有針對便利措施的投訴, 請發送電郵至 ADATitleVI@bellevuewa.gov 聯絡 Bellevue ADA, 第 VI 章及平等機會官。

UTL-24-12540-CHT