

帕羅奧圖市 (Palo Alto) 公用事業 - 住戶客戶
年度費率援助計畫 (Rate Assistance Program, RAP) 申請表

如需費率援助計畫的資訊請洽客戶服務部，電話為 (650) 329-2161
辦公時間：週一至週四上午 8:00 至下午 5:30，週五上午 8:00 至下午 4:30

申請方式

線上：	電子郵件：	郵寄：
在 CityofPaloAlto.org/RAP 線上申請 進行迅速登記	將填妥的申請表照相或是掃描，再以電子郵件寄到 CreditCollections@paloalto.gov	將填妥的申請表郵寄到 Utilities Credit and Collections, 250 Hamilton Ave, Ground Floor, Palo Alto, CA 94301
	傳真：將填妥的申請表和 文件傳送到 (650) 326-4941。	

客戶資訊

☐ 新申請 或 ☐ 續約

帳戶持有人姓名 (須與 CPAU 帳單上的相同*)				CPAU 帳戶號碼 (以 30 開頭的 8 位數字)							
				3	0						
服務地址				郵寄地址 (若與服務地址不同)							
城市	州	郵遞區號		城市	州	郵遞區號					
帕羅奧圖	加州										
電話號碼				電子郵件地址							
(			)				-				
全天在家總人數：				成人		兒童 (18 歲以下)		總計			

類別指出您所申請的類別 (單選)

☐ 醫療 RAP ：瓦斯費和/或電費可享 25% 的折扣。適用於因健康問題、治療或設備會消耗比正常公用事業用量要高的居民。請填寫 M1 和 M2 部分。	備註： - 有資格獲得財務和醫療折扣的客戶應申請財務折扣，因該折扣提供的優惠最完整。 - 申請人取得財務或醫療折扣後，不得同時領取任何其他折扣。 - 該折扣不適用於公用事業用戶稅或任何其他公用事業項目。公用事業用戶稅以折扣前的費用計價。 - 申請人需要每年申請資格，當資格變更時，客戶有責任通知公用事業部門 (Utilities Department)。 - 每位客戶僅限使用一個公用事業帳號取得折扣。
☐ 財務 RAP ：瓦斯和電費可享 25% 的折扣，排水溝費享 20% 的折扣。收入必須符合資格。請參考背面的收入資格。請填寫 F1 和 F2 部分。	

醫療 RAP M1 部分：要求

患有符合資格醫療病症的居民姓名	名字	中間名	姓氏
與公用事業客戶的關係：	☐ 自己	☐ 子女	☐ 配偶 ☐ 其他 _____

若要符合醫療 RAP 的資格，申請人必須擁有會消耗比正常公用事業用量要高的健康問題、治療或維生設備*，並須提供證明書。

☐ 填妥的醫生證明書

請隨附醫生在醫生信箋上開立的證明，證明需包含以下聲明：

「我證明上述申請帕羅奧圖市醫療需求減價的申請人目前為我的病患，該病患居住在上述服務地址，必須使用比正常用量要高的瓦斯及/或電力。」

信件中應附上日期、醫生簽名、醫療執照號碼及電話號碼。若您有永久性健康問題，可請醫生在信中說明，如此一來，您的折扣可每年自動延續。

*加州公用事業代碼：維生設備 (定義) PUC 739 (c) (2) (2) 「維生設備」是指利用機械或人工方法來維持、恢復或取代重要身體機能的設備，或是賴以在建築物內外移動的機械設備。此段落中所使用的「維生設備」包含下列各項物品：各種類型的呼吸器、鐵肺、血液透析機、抽吸器、電神經刺激器、壓力墊和泵、氣霧帳篷、靜電和超音波霧化器、壓縮機、IPPB 機和電動輪椅。(醫療申請人請跳至 M2 部分)

財務 RAP		F1a 部分：公共援助計畫資格	
您目前是否接受任何政府計畫 (SSI、TANF、CalFresh、WIC 等) 的援助？			
☐ 否 (若您或家人未加入這些計畫，請跳至 F1b 部分)		☐ 是 - 請隨附註明日期的核准發放函及參與計畫函影本，作為獲取福利的收據證明 (請參閱下表「必要文件影本」欄)。 請勾選您所參加的所有計畫 (若適用)。	
		☐ CalFresh (食物券)	☐ 健康家庭 (Healthy Families) A 和 B
		☐ LIHEAP	☐ WIC
			☐ TANF (AFDC)
			☐ SSI

財務 RAP		F1b 部分：家庭收入證明	
請利用下表計算最近繳稅年度的家庭總收入。家庭收入包括家中所有成人的收入，包括房客。			
收入來源	收到金額	必要文件影本	
工資、薪水、佣金 (家庭總收入)	\$	最近一年的報稅表、W2、1099 (R)、最近的兩張支票存根和最近的三份支票帳戶對帳單	
失業或減少的工作時數	\$	失業信函/雇主出具顯示減少工作時數的信函	
退休金/養老金、IRA/年金、401k/457、社安金、SSP、SSDI、工傷賠償、失業救濟金、退伍軍人福利、寄養費、年金	\$	最近一年的報稅單和核准發放函或是銀行對帳單 (以顯示直接存款金額)	
Medicaid/ Medi-Cal、SSI、CalFresh (食物券)、WIC、CalWorks (現金援助)	\$	註明日期的核准發放函、參與計畫函	
學校補助金、學生貸款、獎學金或其他援助	\$	註明日期的核准發放函、對帳單	
保險和/或法律和解金	\$	註明日期的和解文件	
子女和配偶撫養費	\$	最近一年的報稅單、註明日期的法院文件	
存款、股票、債券和互惠基金所產生的利息和/或股息 (國外及國內)	\$	最近一年的報稅單	
資本利得、租金或權利金收入	\$	最近一年的報稅單	
自雇收入	\$	最近一年的報稅單，連同所有附表，包括附表 C	
其他	\$	最近一年的報稅單	
目前居住在該服務地址的所有成年人 (包括房客) 的稅前家庭收入總金額	\$	\$ 0.00 (「收到金額」欄中的總數)	
請隨附所有居民的所有必要文件影本作為收入證明 (請見上表中「必要文件影本」欄)。如有租賃，請隨附一份列明所有房客的租賃合約影本。			

財務需求折扣的合格收入標準*		
家庭人數	每月	每年
1	\$ 5,850	\$70,350
2	\$6,700	\$80,400
3	\$ 7,550	\$90,450
4	\$8,350	\$100,450
5	\$9,050	\$108,500
6	\$9,700	\$116,550
7	\$10,400	\$124,600
8	\$11,050	\$132,600
每增一位，增加		\$9,050
* 依據 2025 年 7 月 1 日生效的州及聯邦住房和社區發展部標準		

醫療或財務 費率援助計畫 (RAP)		M2 與 F2 部分： 合約與公用事業客戶簽名	
文件影本必須與本申請表一起繳交。			
申請表與文件應傳真至 (650) 326-4941，或郵寄至： Utilities Credit and Collections, 250 Hamilton Avenue, Ground Floor, Palo Alto, CA 94301			
本人依據偽證懲處條例聲明，本申請表中所提供的資訊均屬真實無誤。本人同意提供確認 RAP 資格的文件。本人同意，當本人不再符合獲得目前 RAP 規定的降價資格時，本人會通知 CPAU。本人了解，如果使用客戶提供的錯誤資訊來獲得降價，本人必須償還高達十二個月的累計降價。在下方簽名，即表示本人同意 CPAU 使用本人提供的資訊來確認本人是否符合 RAP 資格			
申請人簽名：		日期：	

若要查詢您的申請，請致電客戶服務部，電話為 (650) 329-2161。