GOLDEN STATE WATER COMPANY (U 133 W)

630 E. FOOTHILL BLVD. – P.O. BOX 9016 SAN DIMAS, CALIFORNIA 91773-9016 Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 9854-W Cancelling Revised Cal. P.U.C. Sheet No. 9563-W

Form No. 20

GOLDEN STATE WATER COMPANY NOTICE AND APPLICATION FOR CUSTOMER ASSISTANCE PROGRAM (CAP)

Please Refer to Sample Pages of Tariff Book

(To be inserted by utility)

Advice Letter No. 1962-W

Decision No.

Issued By
R. J. Sprowls
President

(To be inserted by P.U.C.)

Date Filed April 16, 2025

Effective June 1, 2025

Resolution No.

GOLDEN STATE WATER COMPANY CUSTOMER ASSISTANCE PROGRAM

PROGRAM DESCRIPTION

The California Public Utilities Commission has authorized Golden State Water Company (GSWC) to implement a Customer Assistance Program (CAP) that provides a monthly credit for eligible customers based upon the same income qualification guidelines that are used by the electric and gas California Alternate Rate for Energy (CARE) programs.

If you already participate in the CARE program of participating energy utilities (gas/electric), you may also qualify for GSWC's CAP by submitting a copy of a current utility bill showing your eligibility for CARE. Following enrollment, you may be required to provide proof of eligibility. Customers who do not participate in these programs, can enroll by submitting the application to GSWC. All enrollments are subject to the program guidelines and qualifications. The CAP discount becomes effective after your application and proof of income have been verified and approved, if proof of income is required by GSWC.

The program also extends eligibility to customers in mobile homes who receive their water through sub-metered service, non-profit group living facilities, agricultural employee housing facilities and migrant worker housing centers that are enrolled in the CARE programs.

PROGRAM QUALIFICATIONS

To qualify for the CAP discount, you must meet the following requirements:

- The GSWC bill must be in your name and the address must be your primary residence or you must be a tenant receiving water service by a sub-metered system in a mobile home park.
- You may not be claimed as a dependent on another person's tax return.
- You must reapply each time you move; the CAP discount does not automatically transfer to another residence.
- You must renew your application every two years, or sooner, if requested.
- You must notify GSWC within 30 days if you become ineligible for the CAP.
- Your total gross annual income of all persons living in your household cannot exceed the income levels below:

| CAP INCOME QUALIFICATION GUIDELINES | |
|--|--------------------------------|
| Effective June 1, 2025 to May 31, 2026 | |
| Household Size | Total Combined Income from All |
| | Sources |
| 1-2 Persons | \$42,300 |
| 3 Persons | \$53,300 |
| 4 Persons | \$64,300 |
| 5 Persons | \$75,300 |
| 6 Persons | \$86,300 |
| 7 Persons | \$97,300 |
| 8 Persons | \$108,300 |
| Each additional person | \$11,000 |

If you are eligible and would like to participate in GSWC's Customer Assistance Program, please complete the application on the reverse side and mail it to:

Email completed application to: customerservice@gswater.com or Mail completed application to:

HAVE QUESTIONS OR NEED INFORMATION?Please call GSWC's CAP Hotline at **(866) 360-2279**.
Or visit our website at <u>www.gswater.com</u>.

Golden State Water Company CAP DepartmentP.O. Box 9016

San Dimas, California 91773

GOLDEN STATE WATER COMPANY APPLICATION FOR

CUSTOMER ASSISTANCE PROGRAM (CAP)

(Para recibir una aplicación en español, favor de llamar) CAP HOTLINE (866) 360-2279

| 1. CUSTOMER INFORMATION (please type or prin | it) |
|--|--|
| Applicant Name | |
| ☐ I am a sub-metered tenant of a | mobile home park or apartment complex |
| Account Number | _ |
| Service Address | |
| Mailing Address | |
| if different fr | rom service address |
| Daytime Telephone No. (Home) | (Cell) |
| Number of people living in your household: Adu | lts + Children = Total |
| Total Gross Annual Income of Household | |
| 2. BASIS FOR ELIGIBILY Household Income Eligibility CHECK all programs you or someone in your houselyour household size and income. Please include Total | hold participate in. You will be enrolled in the CAP depending on al Gross Annual Income. |
| Pensions SSI, SSP Interest /dividends from: Savings Accounts, Stocks, Bonds or Retirement Accounts Wages and/or Profits from Self-Employment Unemployment benefits Scholarships, Grants or Other Aid for Living Experience | O Social Security O Disability or Worker's Compensation Payments O Rental or royalty income O Insurance or Legal settlements O Spousal or child Support O Cash and/or other income |
| Public Assistance Program Eligibility: CHECK all programs you or someone in your house | hold participate in. Please include Total Gross Annual Income. |
| O Medi-Cal/Medicaid | O WIC |
| O Medi-Cal/Medicaid: Healthy Families A & B O SSI | O Head Start: Income Eligible (Tribal Only) O TANF/Tribal TANF |
| O Food Stamp/SNAP | O National School Lunch (NSL) |
| O LIHEAP | O Bureau of Indian Affairs General Assistance |
| 3. DECLARATION (Please read and sign) | |
| of California. I will provide proof of income, if asked, | at this information is true and correct under the laws of the State and I will notify GSWC of any changes that affect my eligibility. Iting the qualifications for it, I may be required to pay back the |
| | with other utilities or their agents to enroll me in their assistance on form will be returned to me for missing information and that |
| Customer Signature | |

GOLDEN STATE WATER COMPANY PROGRAMA DE ASISTENCIA DE CONSUMIDOR

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

La Comisión de Servicios Públicos de California ha autorizado a Golden State Water Company (GSWC) a implementar un programa para asistencia de tarifas reducidas para asistir a familias de bajos recursos. El programa de Asistencia al Consumidor (CAP) (por sus siglas en inglés) ofrece un crédito mensualmente para sus clientes elegibles para el programa que es basado en los mismos requisitos de ingresos usados por los programas CARE de las compañías de electricidad y gas.

Si usted ya participa en el programa CARE de servicios públicos de energía (gas/electricidad) usted también podría calificar para el programa de CAP de GSWC al enviar una copia reciente de su factura de servicio público la cual indica su elegibilidad para el programa CARE. Clientes que no participan en estos programas, pueden calificar al enviar una solicitud a GSWC. Todas las inscripciones están sujetas a las directrices del programa y las cualificaciones. El descuento CAP será efectivo después de que su aplicación y prueba de ingresos sea verificada y aprobada, si es que la prueba de ingresos es necesaria por GSWC.

El programa CAP también extiende elegibilidad para los clientes en cases móviles que reciben el agua través del servicio sub-medidor, viviendas grupales no-lucrativas, las viviendas de los empleados agrícultural y centros de vivienda para trabajadores migrantes que están inscritos en los programas de CARE.

REQUISITOS DEL PROGRAMA

Para calificar para el descuento CAP, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- La factura de agua debe estar bajo su nombre o recibir servicio de agua con un sistema de sub-medidor en un parque de casas móviles o en un complejo de apartamentos.
- Nadie mas puede incluirlo como dependiente en sus impuestos.
- Debe de aplicar cada vez que se mude de casa; el descuento no se transfiere automáticamente a otra residencia
- Debe de renovar su aplicación cada dos (2) años o antes si es requerido.
- Debe notificar a la compañía de agua dentro de 30 días si su elegibilidad para CAP termina.
- El total del ingreso bruto anual de su hogar no podrá exceder los de la tabla siguiente:

| LIMITES DE CALIFICACIÓN DE INGRESOS CAP | |
|---|--------------------------------|
| Efectivo june 1, 2025 hasta mayo 31, 2026 | |
| Numero de personas | Ingresos total anual combinado |
| que viven en su casa | |
| 1-2 Personas | \$42,300 |
| 3 Personas | \$53,300 |
| 4 Personas | \$64,300 |
| 5 Personas | \$75,300 |
| 6 Personas | \$86,300 |
| 7 Personas | \$97,300 |
| 8 Personas | \$108,300 |
| Para cada persona adicional, agregar | \$11,000 |

Si es elegible y desea participar en el Programa de asistencia al cliente de GSWC, complete la solicitud al reverso y envíela por correo a:

¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA INFORMACIÓN?

Pof favor llame la línea directa CAP de GSWC **(866) 360-2279**. O visite nuestro sitio web en <u>www.gswater.com</u>.

Enviar por correo electrónico la solicitud completa: <u>customerservice@gswater.com</u> o Envíe por correo la solicitud completa a:

Golden State Water Company CAP Department P.O. Box 9016

San Dimas, California 91773

GOLDEN STATE WATER COMPANY APLICACION PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CLIENTE (CAP) CAP HOTLINE (866) 360-2279

| 1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Favor de imprimir con claridad) | | | |
|---|---|--|--|
| Su Nombre | | | |
| ☐ Soy cliente inquilino sub-medido en un parque de | casas móviles o un complejo de apartamentos | | |
| Numero de cuenta principal _ _ _ _ | <u> </u> | | |
| Domicilio | | | |
| Dirección de correoSi difiere de su domicilio | | | |
| | | | |
| No. de teléfono durante el día (Casa) | (Celúlar) | | |
| Numero de personas viviendo en su hogar: Adultos + Niños = Total | | | |
| Ingreso bruto anual de los que viven en su hogar | | | |
| 2. BASE PARA LA ELEGIBILIDAD Elegibilidad por ingresos familiares | | | |
| MARQUE todos los programas en los que usted o alguien CAP el tamaño de su familia y sus ingresos. Incluya el ing O Pensiones | n en su hogar participa. Será inscripto en el Programa de greso anual bruto total. O Seguro Social | | |
| O SSI, SSP O Interés /dividendos de: Cuentas de ahorros, acciones, bonos o beneficios de jubilación O Salario y/o ganancias del trabajo por cuenta propia O Compensación al trabajador O Becas, préstamos de escuela y otra ayuda financiera | O Beneficios por incapacidad O Ingresos de alquiler o regalías O Indemnizaciones de seguro o legales O Apoyo cónyuge o para los niños O Dinero en efectivo o otra ayuda | | |
| Eligibilidad Para El Programa De Asistencia Pública: | | | |
| MARQUE todos los programas en los que usted o alguien | n en su hogar participa: Incluya el ingreso anual bruto total. | | |
| O Medi-Cal/Medicaid O Medi-Cal/Medicaid para familias | O Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) O Head Start: Elegibilidad sugún ingresos (sólo tribal) | | |
| Healthy Families A & B O Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) O CalFresh/SNAP (Cupones para alimentos) O LIHEAP Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos | O Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/o TANF tribal) O NSLP Almuerzos gratis Escolares O Oficina de Asistencia General para Asuntos de los Indígenas | | |
| 3. DECLARACIÓN (Por favor lea y firme) | maigenae | | |
| Al firmar abajo certifico bajo pena de perjurio que la información es verdadera y correcta bajo las leyes de California. Acepto proporcionar pruebas de mis ingresos, si me lo piden y notificaré a mi compañía de agua de cualquier cambio que afecte mi elegibilidad. Entiendo que si recibo el descuento sin reunir los requisitos se me podría pedir que pague el descuento recibido. Yo entiendo que GSWC puede compartir mi información con otros servicios públicos o sus agentes para inscribirme en sus programas de asistencia. Tengo entendido que una solicitud incompleta sera devuelta a mi falta de información y de que esto retrasará el procesamiento de la solicitud. | | | |
| Firma del Cliente | Fecha | | |