

PROGRAMA DE APOYO CON LA ENERGÍA APS ENERGY SUPPORT PROGRAM

Para calificar para una reducción bajo el programa de apoyo con la energía APS Energy Support Program (E-3), usted debe cumplir con las siguientes declaraciones:

- Soy un cliente residencial de APS y la cuenta de APS está a mi nombre.
- Los ingresos de mi hogar están al nivel o son más bajos del nivel de ingresos en la lista a continuación. (Asegúrese de anotar el total mensual de ingresos brutos de su hogar en la casilla de abajo.)

Tamaño del Hogar	Nivel de Ingresos Mensuales	Tamaño del Hogar	Nivel de Ingresos Mensuales
1 persona	\$1,362	6 personas	\$3,749
2 personas	\$1,839	7 personas	\$4,227
3 personas	\$2,316	8 personas	\$4,704
4 personas	\$2,795	9 personas	\$5,181
5 personas	\$3,272	10 personas	\$5,660

Para más de 10 personas, agregue \$477 por persona (Por ejemplo: 11 = \$6,137).

Por favor escriba con letra de molde la siguiente información. LA INFORMACIÓN INCOMPLETA RETRASARÁ SU REDUCCIÓN. El nombre que use aquí para solicitar la reducción DEBE ser el mismo nombre que aparece en su cuenta de APS.

POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE EN LETRA DE MOLDE									
NÚMERO DE CUENTA DE APS COMO SE MUESTRA EN LA CUENTA DE APS (DEBE LLENARSE LA INFORMACIÓN)									
NÚMERO TOTAL DE PERSONAS VIVIENDO EN EL HOGAR:			CANTIDAD TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES DEL HOGAR:	\$			NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR	()
NOMBRE COMO SE MUESTRA EN SU CUENTA DE APS (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL)									
DOMICILIO POSTAL (NÚMERO Y CALLE)									
CIUDAD					ESTADO			CÓDIGO POSTAL	

Por medio de la presente se otorga permiso a APS o a un tercero designado por APS para que contacte a cualquier fuente necesaria para establecer la fidelidad de la información que he proporcionando u otra información pertinente a la verificación de mi elegibilidad para recibir servicios bajo el programa de apoyo de energía APS Energy Support Program (E-3). También se otorga permiso a un tercero autorizado por APS para que intercambie la información que yo he provisto. Si la información provista en esta forma es falsa y es usada para obtener fraudulentamente un descuento bajo este programa, se requerirá que yo reembolse las cantidades descontadas.

Firma _____ Fecha de Hoy _____

NOTA: La solicitud debe ser firmada por LA PERSONA CUYO NOMBRE APARECE EN LA CUENTA DE APS. Por favor permita de 30 a 45 días para el procesamiento.

ESTA FORMA EXPIRA EL 30 DE JUNIO DE 2012

Envíe por correo la forma llena a:

Arizona Public Service
 APS Energy Support Program (E-3)
 P.O. Box 2907
 Phoenix, AZ 85062-2907

