



## Solicitud de Asistencia para la Invernación

---

### Propósito

El Distrito de Servicios Especiales de Crystal Clear ofrece asistencia para la preparación invernal a clientes mayores o con discapacidad elegibles para ayudar a prevenir tuberías congeladas e interrupciones del servicio. Este programa es una iniciativa piloto y actualmente está limitado a solicitantes que residan en un área de servicio designada. Presentar esta solicitud no garantiza ayuda. Todos los servicios están sujetos a verificación de elegibilidad y a la disponibilidad de recursos.

---

### Sección 1: Información sobre el solicitante

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección de servicio: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEPOS: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Método preferido de contacto: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐

---

### Sección 2: Estado del cliente

☐ Soy titular de la cuenta en el Distrito

☐ de Servicios Especiales Crystal Clear. Soy representante autorizado (cuidador, familiar, tutor legal)

Nombre del representante autorizado (si procede): \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

---

### Sección 3: Criterios de elegibilidad

*(Revisa todo lo que aplica)*

☐ Tengo **62 años o más**

☐ soy **una discapacidad** (una condición física, mental o médica que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida).

☐ Recibo uno o más de los siguientes beneficios (opcionales):

☐ SSDI

☐ Medicaid o Medicare

☐ Prestaciones por discapacidad para veteranos

☐ SSI

*Se puede solicitar documentación para verificar la elegibilidad.*

---

### Sección 4: Solicitud de asistencia para la invernación

*(Revisa todo lo que aplica)*



- ☐ Aislamiento de tuberías      ☐ de la válvula de cierre    Inspección para fugas relacionadas con riesgo  
☐ del contador    Inspección o protección      ☐ expuestas    Aislamiento del contador o fosa  
☐ de congelación    Materiales educativos para la invernación  
☐ instalada por el cliente    Otros (por favor describan): \_\_\_\_\_

---

#### **Sección 5: Información de inicio**

##### **Tipo de residencia:**

- ☐ Vivienda      ☐ unifamiliar    Vivienda  
☐ móvil o prefabricada    Apartamento o duplex      ☐ Otros: \_\_\_\_\_

##### **¿El contador de agua está expuesto o está protegido por una caja de contador?**

- ☐ Expuesto  
☐ Protegido por una caja  
☐ de contador. No estoy seguro.

##### **¿Has tenido tuberías congeladas o problemas con los contadores en el pasado?**

- ☐ Sí ☐ No

---

#### **Sección 6: Permiso y acceso**

Autorizo al **Distrito de Servicios Especiales Crystal Clear** y a sus contratistas autorizados a acceder a mi propiedad, según sea razonablemente necesario, con el fin de proporcionar asistencia para la invernación.

- ☐ Sí ☐ No

---

#### **Sección 7: Certificación y Firma**

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. Entiendo que la asistencia para la invernación está sujeta a la verificación de elegibilidad, los recursos disponibles y las directrices del programa establecidas por el **Distrito de Servicios Especiales Crystal Clear**.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del representante autorizado (si procede):** \_\_\_\_\_


---

#### **Instrucciones de envío**

Envía esta aplicación a:

**Crystal Clear Special Utility District**

 Outreach@crystalclearsud.org

 (830)-372-1031