



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