



CIUDAD DE RIVERBANK

661 3RD ST ▪ Riverbank, California 95367 ▪ Oficina 209.863-7109 Fax 209.863.7126

PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD DEL PLAN DE PAGO

Estimado cliente:

La ciudad de Riverbank le ofrecerá un plan de pago para saldos pendientes. Para establecer un plan de pago, se requiere lo siguiente:

1. La factura de la ciudad de Riverbank debe estar a su nombre.
2. Debe vivir en esa dirección.
3. Complete la solicitud de plan de pagos. Todas las secciones deben estar rellenas.
4. Adjunte la documentación requerida dependiendo de sus circunstancias.
 - a. Para la certificación de circunstancias médicas de un proveedor de atención médica primaria autorizado. Un proveedor de atención médica primaria puede ser: un internista, médico general, ginecólogo-obstetra, pediatra, médico de familia, médico auxiliar autorizado, una clínica de atención médica primaria, clínica de salud rural, clínica comunitaria o una clínica hospitalaria ambulatoria.
 - b. Basado en los ingresos de la unidad familiar, debe cumplir con los límites de ingresos anuales del Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California (HCD, por sus siglas en inglés) vigentes al momento de presentar la solicitud. Debe comprobar los ingresos brutos anuales de la unidad familiar presentando:
 - La declaración de impuestos del año pasado (1040, 1040A o 1040-EZ), incluyendo todos los anexos C y E presentados con la declaración
 - Declaración de beneficios del seguro social/pensión, carta de la seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), la cual se obtiene llamando al 1-800-772-1213
 - Dos nóminas recientes (si aplica)
 - Copias de cualquier otro documento sobre fuentes de ingresos.
 - c. Si es miembro de un programa aprobado, deberá presentar pruebas de uno de los siguientes programas: CalWORKs, CalFresh, asistencia general, Medi-Cal, seguridad de ingreso suplementario/programa estatal de pagos suplementarios y programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños de California.
 - d. Basado en otras circunstancias, debe presentar el detalle de las circunstancias que motivan la solicitud de un plan de pago en el área proporcionada en la página 3 del paquete de solicitud.
5. Complete el plazo del plan de pago y la mensualidad que se solicita.
6. **Durante un acuerdo de pago, todos los demás costos de servicios públicos acumulados durante cualquier periodo de facturación posterior deben mantenerse al día. En caso de retraso en el pago de facturas posteriores, la cuenta quedará sujeta a desconexión y al pago de la totalidad del saldo pendiente antes de la reconexión.**



CIUDAD DE RIVERBANK

661 3RD ST ▪ Riverbank, California 95367 ▪ Oficina 209.863-7109 Fax 209.863.7126

7. La solicitud debe estar firmada.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Llame al (209) 863-7109 Correo electrónico: finance@riverbank.org

SOLICITUD DE PLAN DE PAGOS

Nombre del cliente: Número de cuenta:
Número de teléfono: Correo electrónico:
Dirección del servicio:
Dirección de correo:

*Utilice este formulario si ha recibido un aviso de que su cuenta del servicio de agua en la dirección indicada posteriormente está vencida y sujeta a una interrupción. Para recibir un plan de pago y evitar la interrupción del servicio, debe elegir una de las siguientes opciones y **poner sus iniciales en cada requisito que corresponda:***

☐ **Opción 1: tengo circunstancias médicas Y económicas especiales (complete todos los siguientes puntos)**

☐ Adjunte un certificado de un proveedor de atención médica primaria autorizado* en el que se indique que la interrupción del servicio de agua pondrá en peligro su vida o supondrá una grave amenaza para la salud y seguridad de un residente que viva en la dirección indicada posteriormente;

☐ Certifique que no puede pagar el servicio dentro del periodo normal de pago. Puede cumplir con este requisito mediante una de las dos maneras disponibles:

☐ (1) Marque este punto si los ingresos anuales de su hogar cumplen con las directrices de ingresos del programa que se muestran en la siguiente tabla. Se requiere una prueba de ingresos.

Directrices de ingresos del plan de pago

Número de personas en el hogar	Ingresos anuales del hogar (todas las fuentes de ingresos previas al pago de impuestos)
1	\$27.900 o menos
2	\$31.900 o menos
3	\$35.900 o menos
4	\$38.850 o menos
5	\$43.050 o menos
Por cada persona adicional añadir:	\$3.200

☐ (2) Marque este punto y adjunte una prueba si un miembro actual de su hogar participa en uno de los programas enumerados a continuación **;



CIUDAD DE RIVERBANK

661 3RD ST ▪ Riverbank, California 95367 ▪ Oficina 209.863-7109 Fax 209.863.7126

Y se compromete a participar en un plan de pagos, el cual puede incluir una prórroga, un acuerdo de amortización o un calendario de pagos alternativo con respecto a todos los costos que sean morosos.

* Adjunte un certificado de un proveedor de atención médica primaria autorizado. Un proveedor de atención médica primaria autorizado puede ser: un internista, médico general, ginecólogo-obstetra, pediatra, médico de familia, médico auxiliar autorizado, una clínica de atención médica primaria, clínica de salud rural, clínica comunitaria o una clínica hospitalaria ambulatoria.

** Los programas elegibles son: CalWORKs, CalFresh, asistencia general, Medi-Cal, seguridad de ingreso suplementario/programa estatal de pagos suplementarios y programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños de California.

☐

Opción 2: tengo otras circunstancias que me impiden pagar mi factura en este momento

☐

Detalle las circunstancias que lo motivaron a hacer la solicitud de un plan de pagos en el espacio previsto en la página 3 del formulario.

☐

Acepte participar en un plan de pagos, que puede incluir una prórroga, un acuerdo de amortización o un calendario de pagos alternativo con respecto a todos los costos que sean morosos.

Continuar solicitud del plan de pagos

Nombre del cliente:

Número de cuenta:

Detalle las circunstancias que lo motivaron a hacer la solicitud de un plan de pagos:

Indique el plazo requerido para la prórroga y la mensualidad solicitada:

de meses

Cuota de pago mensual: \$



CIUDAD DE RIVERBANK

CERTIFICACIÓN

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LOS HECHOS CONTENIDOS EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD SON CIERTOS Y CORRECTOS. ENTIENDO QUE SE ME PUEDE PEDIR QUE APORTE LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL NECESARIA PARA TRAMITAR ESTE FORMULARIO.

Firmado:

Fecha:

Nombre en letra molde:

Teléfono de contacto #:

Los clientes solo pueden realizar una prórroga de pago o un pago alternativo si no hay otros acuerdos vigentes. Durante un acuerdo de pago, todos los demás costos de servicios públicos acumulados durante cualquier periodo de facturación posterior deben permanecer al día. En caso de retraso en el pago de facturas posteriores, la cuenta quedará sujeta a desconexión y al pago de la totalidad del saldo adeudado antes de la reconexión.



CIUDAD DE RIVERBANK

661 3RD ST ▪ Riverbank, California 95367 ▪ Oficina 209.863-7109 Fax 209.863.7126

***** USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE FINANZAS *****

FECHA DE RECEPCIÓN DEL FORMULARIO: _____

POR (MIEMBRO DEL PERSONAL): _____

_____ **APROBADO**

_____ **DENEGADO**

Determinación realizada por: _____ **Fecha:** _____

Plazo acordado si se aprueba:

de meses: _____

Cuota de pago mensual: \$ _____

Fecha del primer pago: _____

Día del mes siguiente al pago: _____

_____ **Carta al cliente con las modalidades**

_____ **El contrato se ha ingresado en la cuenta de servicios públicos**