



City of Woodland

Office use only
APPROVE Date: / /
DENIED Date: / /

UTILITY ASSISTANCE PROGRAM – FISCAL YEAR 21/22

(530) 661-5833 Fax (530) 661-5848

Your household’s gross income must not exceed the PG&E CARE Program Guidelines. Please refer to www.pge.com. To be eligible for this program you must answer “YES” to all items; incomplete applications will be denied.

Required Qualifications to be Eligible:	Yes	No
Application filled out in full?		
Copy of most CURRENT PG&E bill (Listing proof of enrollment in CARE)		
Legal property owner of a single family residence? (Living at the property)		
Have you applied for the Utility Assistance Program for Fiscal Year 21/22?		

Ethnic background (mark one):

American Indian/Alaskan Native- Asian- Black/African American- Native Hawaiian/Other Pacific Islander-
 White- American Indian and White- Asian and White- Black and White-
 American Indian and Black- Other-

Submit completed application to:

City of Woodland – City Hall, Attn: Finance Dept.

300 First Street, Woodland, CA 95695

CITY OF WOODLAND UTILITY CUSTOMER INFORMATION

Name: _____ Account Number: _____

(As it appears on your City of Woodland Water/Sewer Bill)

(City of Woodland Water/Sewer Account #)

Service Address: _____

Mailing Address: _____

Only if different from service address

Daytime Phone Number: (_____) _____ (Include area code)

Email: _____

Number of People Living in Residence: _____ Adults + _____ Children = TOTAL _____

Head of household (mark one): Male- Female-

UAP Utility Assistance Program Terms: \$80.00 will be adjusted off your bill each month for 6 months for the fiscal year of 21/22 (July 1st to June 30th)

DECLARATION (Please Read Carefully and Sign Below)

By signing below, I certify under penalty of perjury that the information on this declaration is truthful and correct. Although this declaration is valid for one (1) year, I will notify the City of Woodland of any changes to my household that may affect my eligibility for the Utility Assistance Program. The City of Woodland reserves the right to request verification of economic need at any time and may re-bill me at the applicable rate if appropriate. I understand that this information may be shared with my other energy utility, if applicable.

Signature: _____ Date Signed: _____

CITY OF WOODLAND CUSTOMER (Check if guardian or power of attorney)



City of Woodland

Office use only

APPROVE Date: / /

DENIED Date: / /

PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA UTILIDADES - Año Fiscal 21/22

(530) 661-5833 Fax (530) 661-5848

Los ingresos brutos de su hogar no deben superar las normas de el programa CARE de PG&E. Para mas información sobre las normas consulte www.pge.com. Para ser elegible para este programa, debe responder "SÍ" a todos los elementos; Las solicitudes incompletas serán denegadas.

Calificaciones Requeridas Para Ser Elegible:	Si	No
¿Aplicación completada?		
Copia de factura más CORRIENTE de PG&E (prueba de su registración en CARE)		
Dueño de la propiedad legal de residentes de una sola familia (viviendo en la propiedad)		
Has aplicado para el Programa de Asistencia de Utilidad para el año fiscal 21/22?		

Origen étnico (marque uno):

Indígena americano/nativo de Alaska- asiático- Negro/afroamericano- Nativo hawaiano/otras Islas del Pacífico- Indígena americano y blanco- asiático y blanco- Negro y blanco- Indígena americano y Negro- Otro-

Presente su solicitud completa a:

City of Woodland City Hall, Attn: Finance Dept.

300 First Street, Woodland, CA 95695

INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre: _____ Número de cuenta: _____

(Como aparece en su factura de agua de la ciudad de Woodland)

(De su cuenta de la Ciudad de Woodland)

Dirección de Servicio: _____

Dirección Postal: _____

Si es diferente a la dirección de servicio

Número de teléfono durante el día: (_____) _____ (Por favor incluya el código de área)

Dirección de email: _____

Número de personas que viven en la residencia: _____ Adultos + _____ Niños =TOTAL _____

Cabeza de Hogar (marque uno): Masculina- Femenina-

Términos del Programa de Asistencia de Utilidad: \$80.00 serán ajustados de su factura cada mes por 6 meses por el año fiscal de 21/22 (1 de Julio al 30 de Junio).

DECLARACIÓN (Por favor, lea cuidadosamente y firme abajo)

Al firmar abajo, certifico bajo pena de perjurio que la información en la declaración es verdadera y correcta. Aunque esta declaración es válida por un (1) año, notificaré a la Ciudad de Woodland de cualquier cambio en mi familia que pueda afectar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia de utilidades. La Ciudad de Woodland se reserva el derecho a solicitar la verificación de la necesidad económica, en cualquier momento y puede que me vuelva a facturar a la tarifa aplicable en ese caso. Entiendo que esta información puede ser compartida con la otra empresa de energía, si procede.

Firma _____ Fecha: _____

De Residente de la Ciudad de Woodland (marque si es guardián o tiene poder de abogado)