

Programa de asistencia de servicios públicos

La Ciudad de Milwaukie pone a la disponibilidad de los usuarios residenciales el Utility Assistance Program (Programa de Asistencia de Pago de Servicios Públicos) que ofrece cuotas de descuento mensuales para los servicios de agua, alcantarillado, aguas pluviales y villa pública. Las tasas de descuento son las siguientes:

- Una exención de la cuota base establecida para el servicio de agua;
- La mitad de las cuotas establecidas para la facturación y administración, y depuración y volumen de aguas residuales (alcantarillado);
- La mitad de la cuota base establecida más la cuota por volumen de aguas pluviales;
- Una exención de la cuota de mantenimiento de la vía pública.

Para participar en el programa de tasas de descuento de los servicios públicos, se debe cumplir con **cada uno** de los siguientes requisitos:

1. El solicitante debe ser un usuario de servicios públicos residencial en la Ciudad de Milwaukie;
2. La propiedad debe contar por lo menos con uno de los siguientes servicios prestados por la Ciudad de Milwaukie: agua potable, aguas residuales, aguas pluviales o mantenimiento de la vía pública;
3. La propiedad que recibe los servicios debe ser habitada y utilizada como el domicilio principal del solicitante durante el periodo de aplicación de la tasa de descuento.
4. El solicitante no debe estar atrasado en los pagos de deudas a la Ciudad de Milwaukie, incluyendo servicios públicos, evaluaciones distritales para modificaciones locales, multas del tribunal municipal de Milwaukie o multas de la Biblioteca.
5. El solicitante no debe sobrepasar los niveles de ingresos anuales actuales establecidos por la Autoridad de Vivienda del Condado de Clackamas que lo calificarían para la asistencia de vivienda pública bajo la Sección 8.***
6. El solicitante debe entregar una solicitud escrita proporcionada por la Ciudad, y debe acompañarse de toda la documentación solicitada, incluyendo una copia de la declaración de impuestos federales del año anterior u otra documentación justificativa de los ingresos (p. e. declaraciones del Seguro Social, desempleo, etc.). El solicitante puede tachar la información confidencial en la documentación, tales como números de Seguro Social.

El Departamento de Finanzas notificará por escrito a los solicitantes que se les ha denegado la solicitud. Se puede presentar una apelación por escrito al Consejo Municipal dentro de diez días a partir de la fecha de recibo del aviso detallando la razón de la denegación.

Limites de ingresos**:

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| Una ocupante que vive sola | \$ 43,450/year or \$ 3,620/month |
| Dos ocupantes en una residencia: | \$ 49,650/year or \$ 4,138/month |
| Tres ocupantes en una residencia: | \$ 55,850/year or \$ 4,654/month |
| Cuatro ocupantes en una residencia: | \$ 62,050/year or \$ 5,171/month |
| Cinco ocupantes en una residencia: | \$ 67,050/year or \$ 5,588/month |

Más de cinco ocupantes, referencia a <http://clackamas.us/housingauthority/section8.html>

**Los límites de ingresos se modifican anualmente para coincidir con los que ha designado la Autoridad de Vivienda del Condado de Clackamas para la participación de vivienda popular bajo la Sección 8. Estos montos entrarán en vigor en abril de 2025.



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

Ciudad de Milwaukie 10501 SE Main Street, Milwaukie, OR 97222

Facturación de servicios públicos 503-786-7525

Número de cuenta de servicios públicos de la ciudad de Milwaukie:

Nombre: _____
 (apellido) (primer) (segundo)

Dirección: _____

Tel: (____) _____

Correo electrónico: _____

¿Es dueño (___) o inquilino (___)?
 Si renta, favor de llenar lo siguiente:

Nombre de arrendador: _____
 (apellido) (primer) (segundo)

Dirección del arrendador: _____

Teléfono del arrendador: (____) _____

Conteste lo siguiente:

| | Nueva | Renovación |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Es esta una nueva solicitud o renovación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Sí | No |
| 2. ¿Es este su domicilio principal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Debe usted a la ciudad lo siguiente: Multas de tránsito y estacionamiento, o bibliotecarias? Si es así, ¿hace pagos periódicos para saldar esa cuenta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Número de ocupantes que viven en la residencia: _____

| | | | Salario mensual | |
|--|---------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | Sí | No |
| Información sobre el habitante de la vivienda: | | | | |
| (1) | Nombre: _____ | Edad: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) | Nombre: _____ | Edad: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) | Nombre: _____ | Edad: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) | Nombre: _____ | Edad: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) | Nombre: _____ | Edad: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) | Nombre: _____ | Edad: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si viven más de cinco personas, proporcione la información sobre ellos en una hoja separada.



Indique los ingresos brutos totales de todas las fuentes de todos los ocupantes que viven en esta dirección. Adjunte una copia de la declaración de impuestos federales más reciente u otra forma de documentación de ingresos (estados de cuenta de la Seguridad Social, desempleo, etc.) para certificar los montos de ingresos de todas las personas que residen en la residencia.

Favor de tachar en la documentación la información como los números de Seguridad Social, etc.

| | | Ingreso bruto mensual total del hogar: |
|--|--|--|
| Salarios/ sueldos/ propinas/ ingresos de trabajo por cuenta propia | | \$ |
| Seguridad Social (incluyendo AFDC y beneficiencia)** | | |
| Pensiones o anualidades | | |
| Intereses y dividendos | | |
| Subsidio por desempleo | | |
| Pención alimentaria | | |
| Otro | | |
| Total | | \$ |

***Se exentan los cupones para alimentos*

Antes de revisar una solicitud, debe incluir documentación de ingresos de respaldo para todos los ocupantes que viven en esta dirección.

Yo, por medio de la presente, certifico que todas las declaraciones contenidas en este documento son verdaderas, según mi más leal conocimiento; y entiendo y que acepto cumplir con todas las regulaciones adoptadas por la ciudad de Milwaukie. Entiendo que cualquier declaración errónea u omisión de un hecho material en esta solicitud puede causar la pérdida, por mi parte, de todos los derechos a tasas reducidas de servicios públicos y puede someterme a sanciones. Autorizo a la ciudad de Milwaukie, según su criterio, a solicitar verificación de cualquier fuente de información proporcionada en esta solicitud.

Firma del solicitante

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Office use only: | |
| Date received: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Approved | Approved/denied by: _____ |
| <input type="checkbox"/> Denied | Date approved/denied: _____ |
| | If denied, state reason: _____ |