

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA MUNICIPAL DE AYUDA PARA EL SERVICIO PÚBLICO

Si usted o una persona en su casa ha experimentado la pérdida de trabajo/sueldo debido a la pandemia COVID-19 podrá aplicar para la asistencia de fondos para las facturas de agua que no hayan podido pagar del 1ero de marzo del 2020 al 30 de diciembre del 2020. **Todas las solicitudes deben de ser recibidas a mas tardar el 21 de enero del 2021 a las 5 p.m.** Los fondos de ayuda serán aplicados a las cuentas para el 29 de enero del 2021. Las solicitudes pueden ser enviadas de la forma siguiente:

- **Por teléfono:** llame a nuestro centro de servicio al (703) 335-7950 entre 8 a.m. a 5 p.m. lunes-viernes.
- **Por correo:** PWCSA Servicio al cliente, P.O Box 2266, Woodbridge, VA 22195-2266
- **Por fax:** (703) 335-8949
- **Por correo electrónico:** [CustomerService@pwcsa.org](mailto:CustomerService@pwcsa.org)
- **Por buzón o en persona**  
Raymond Spittle Building  
4 County Complex Court  
Woodbridge, VA 22192
- **Por buzón**  
Wellington Operations Center  
8410 Virginia Meadows Drive  
Manassas, VA 20109
- **Por buzón**  
Neabsco Maintenance Facility  
15801 Neabsco Road  
Woodbridge, VA 22191

## INSTRUCCIONES: Favor de completar las secciones I, II Y III abajo ubicadas.

### I. INFORMACIÓN DE SU CUENTA:

Primer nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Numero de cuenta y dirección: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### II. Dificultad Financiera: Favor de marcar las que apliquen a su situación.

- Pérdida de empleo
- Reducción de horas de trabajo
- Cerraron la empresa
- Se tiene que quedar en casa por el cierre de guarderías y/o escuelas
- Pérdida de la pensión alimenticia y/o de su cónyuge
- Ausencia de horas o días de trabajo debido al contagio de COVID-19
- Desempleo debido al COVID-19
- No ha podido regresar a su empleo por ser un lugar de alto riesgo y contagio de COVID
- Otro (describa por favor) \_\_\_\_\_

### III. CERTIFICACIÓN DEL APLICANTE:

- Al marcar este cuadro, certifico que he leído las siguientes afirmaciones:**
  - a) Deseo recibir asistencia a la que este legalmente autorizada bajo este programa y sus especificaciones.
  - b) La razón por la que califico para el apoyo que ofrece el CARES Act es legitima a mi leal saber y entender.
  - c) A mi leal saber y entender declaro, que soy la única persona viviendo en la dirección proporcionada, la cual ha solicitado asistencia.
  - d) Propiedades comerciales y no-residenciales: declaro, a mi leal saber y entender, que soy la única persona que ha solicitado fondo de ayuda a nombre del cuenta habiente incluyendo sucesores de la dirección arriba mencionada en esta solicitud y que no soy cuenta habiente del gobierno. Certifico que esta entidad no ha recibido apoyo del CARES Act para la aplicación en servicio de pagos atrasados a los cuales aplico en esta solicitud y de ninguna otra entidad incluyendo Rebuild VA Grants.
  - e) Entiendo que si doy información falsa o retengo información que me haría elegible para beneficios a los que no tengo derecho o si solicito asistencia de más de un programa de asistencia, es posible que se me procese por fraude y / o se me niegue asistencia futura.
  - f) Entiendo que las entidades involucradas en este programa pueden verificar la información que he dado.
  - g) Entiendo que al enviar este formato, otorgo permiso al Prince William County Service Authority, empresa a la que estoy aplicando, el derecho de verificar información pertinente a mi petición de la necesidad de este fondo de ayuda.