

TX00159999999999

Customer Assistance Discount Program Application



City of Austin Utility Account Information

Name of Account Holder: Last, First and Middle Initial

Utility Account Number

Service Address

Mailing Address (if different from above)

Home Phone

Work Phone

E-mail Address

Account Holder's Signature for Authorization

Qualifying Individual Information

Name of Person Eligible for Customer Assistance Program

Date of Birth

Eligible Documentation

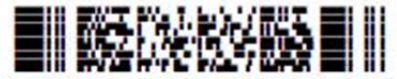
You **MUST** send a copy of ONE of the following documents:

- 1) Medicaid Notice of Case Action Letter from Texas Department of Health & Human Services
- 2) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) Notice of Case Action Letter from Texas Department of Health & Human Services (also known as Food Stamps)
- 3) Children's Health Insurance Program (CHIP) Confirmation Enrollment Letter from Texas Department of Health & Human Services
- 4) Telephone Lifeline Program Enrollment Letter or Phone Bill Reflecting Lifeline Enrollment
- 5) Travis County Comprehensive Energy Assistance Program (CEAP) Notice of Payment Letter
- 6) Medical Access Program (MAP) Clinic Card
- 7) Supplemental Security Income (SSI) Award Letter
- 8) Veterans Affairs Supportive Housing (VASH) Letter

Application Submission:

Mail to: Customer Assistance Program
 PO Box 848
 Killeen, Texas 76540-9915
 OR
 Fax to: (855) 319-6629





TX00159999999999

Solicitud para el Programa de Descuento para Asistencia al Cliente



Información de cuenta de servicios públicos de la Ciudad de Austin:

Nombre del titular de la cuenta: apellido, nombre, inicial del segundo nombre

Número de cuenta de servicios públicos

Dirección del servicio

Dirección postal (si difiere de la anterior)

Teléfono del hogar

Teléfono del trabajo

Dirección de correo electrónico

Firma de autorización del titular de la cuenta

Información del individuo que califica

Nombre de la persona elegible para el Programa de Asistencia al Cliente

Fecha de nacimiento

Documentación elegible

Usted **DEBE** enviar una copia de UNO de los siguientes documentos:

- 1) Notificación de Medicaid de la Carta del Individuo Calificado del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas
- 2) Notificación del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) de la Carta del Individuo Calificado del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (también conocida como Estampillas de Comida)
- 3) Carta de Inscripción - Confirmación - en el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas
- 4) Carta de Inscripción en el Programa Telefónico de Línea de Vida o Factura Telefónica que refleje la Inscripción en la Línea de Vida
- 5) Carta de adjudicación del Programa de asistencia de energía del Condado Travis (CEAP)
- 6) Tarjeta del Programa de Acceso Médico (MAP)
- 7) Carta de adjudicación de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- 8) Carta de Apoyo para la Vivienda del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VASH)

Presentación de solicitud:

Escribir a: Programa de Asistencia al Cliente
 PO BOX 848
 Killeen, Texas 76540-9115
 O
 Fax: (855) 319-6629

