



## UTILITY CUSTOMER PAYMENT PLAN APPLICATION FORM SOLICITUD DE PLAN DE PAGO

Submission of this request form does not create a Payment Plan. If your request is approved, a Payment Plan will be provided to you/ El envío de este formulario de solicitud no crea un Plan de Pago. Si su solicitud es aprobada, se le proporcionará un Plan de Pago.

Customer Name/Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Customer No/Numero de Cuenta: \_\_\_\_\_

Service Address/Domicilio: \_\_\_\_\_

Balanced Owed on Last Bill/Balance debido en su ultima factura: \_\_\_\_\_

I am applying for the following Payment Plan/ Estoy solicitando el siguiente Plan de Pago:

*Please select  a plan/ Por favor escoja  un plan de pago.*

**Extension:** I am requesting a temporarily extension for a period of 6 months. You will be required to pay the unpaid balance in full by the agreed to date and must remain current on all utility service charges accruing during any subsequent billing periods.

**Extension:** Estoy solicitando una extensión temporal por un período de 6 meses. Se le pedirá que pague el saldo impago en su totalidad antes de la fecha acordada y debe mantenerse al día con todos los cargos por servicios públicos que se acumulen durante cualquier período de facturación posterior.

**Alternative Payment:** I am requesting the balance owed to be paid in 6 equal monthly payments. You must remain current on all utility service charges accruing during any subsequent billing period.

**Pago Alternativo:** Estoy solicitando que el saldo debido se pague en 6 pagos mensuales iguales. Debe mantenerse al día con todos los cargos por servicios públicos que se acumulen durante cualquier período de facturación posterior.

**Low Income Alternative Payments:** I am requesting the balanced owed be paid in 12 monthly payments. You must remain current on all utility service charges accruing during any subsequent billing period. Customer must provide the following documentation.

**Pagos Alternativos de Bajos Ingresos:** Estoy solicitando que el saldo debido se pague en 12 pagos mensuales. Debe mantenerse al día con todos los cargos por servicios públicos que se acumulen durante cualquier período de facturación posterior. El cliente debe proporcionar la siguiente documentación.

*Evidence of Low Income/Evidencia de Bajos Ingresos  
(To be provided with application/Proporcionar con su solicitud)*



Certification from primary care provider stating that discontinuation of water service would be life threatening or pose serious threat to the health and safety of the resident/Certificación del proveedor de atención primaria que indique que la interrupción del servicio de agua pondría en peligro la vida o representaría una amenaza grave para la salud y la seguridad del residente.

CalWORKS (Eligibility Determination)

CalFresh (Eligibility Determination)

General assistance/Asistencia General (Eligibility Determination)

Medi-Cal (Eligibility Determination)

Supplemental Security Income/State Supplementary Payment Program/ Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario/Pago Suplementario Estatal (Eligibility Determination)

California Special Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC)/ Programa Especial de Nutrición de California para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) (Eligibility Determination)

**Customized Payment Arrangement Request/Solicitud de Acuerdo de Pago Personalizado:**

Extension (Months)/Extension(Meses) \_\_\_\_\_ PaymentsPagos \_\_\_\_\_

Payment Period/Periodo de Pago \_\_\_\_\_

Monthly amount/Cantida Mensual \_\_\_\_\_

Other Arrangements/Otros Arreglos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Electronic Correspondence/Correo Electronico:** I agree to receive all correspondence pertaining to this application and any approved payment arrangement agreements via electronic communications at the email address provided herein/ Acepto recibir toda la correspondencia relacionada con esta solicitud y cualquier acuerdo de acuerdo de pago aprobado a través de comunicaciones electrónicas en la dirección de correo electrónico proporcionada en este document.

**Utility Payment Assistance Programs/ Programas de Asistencia para el Pago de Servicios Públicos:** Information available at/Informacion disponible en: [capriverside.org](http://capriverside.org) and [unitedwayofthedesert.org](http://unitedwayofthedesert.org)

**All approvals will be set forth in writing and provided to the customer/ Todas las aprobaciones se establecerán por escrito y se enviaran al cliente.**

Payment Plans require payment of the agreed installment/ deferred amounts, in addition to the current monthly bill, by the usual bill due date each month. Submission of this request form does not constitute a Payment Plan. If your request is approved, a Payment Plan will be provided to you. Under the Payment



Plan, you will not be charged late fees and your service will not be disconnected if you make your agreed to Payment Plan payments AND your monthly bill payments by the respective usual bill due dates.

Los planes de pago requieren el pago de los montos a plazos acordados, además de la factura mensual actual, antes de la fecha habitual de vencimiento de la facture cada mes. El envío de este formulario de solicitud no constituye un Plan de Pago. Si su solicitud es aprobada, se le proporcionará un Plan de Pago. Bajo el Plan de Pago, no se le cobrarán cargos por pago atrasado y su servicio no se desconectará si realiza los pagos acordados del Plan de Pago Y sus pagos mensuales de facturas antes de las respectivas fechas habituales de vencimiento de facturas.

---

\_\_\_\_\_  
Customer's Signature/Firma del Cliente                      Date/Fecha

Email address/Direccion de Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Contact number/Numero de Contacto: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Customer's Signature/Firma del Cliente                      Date/Fecha

Email address/Direccion de Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Contact number/Numero de Contacto: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Customer's Signature/Firma del Cliente                      Date/Fecha

Email address/Direccion de Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Contact number/Numero de Contacto: ( ) \_\_\_\_\_

**Submit your completed Payment Plan Application form as follows/ Envíe su formulario de solicitud de Plan de Pago completado de la siguiente manera:**

Email/Correro Electronico                      [Utilities@coachella.org](mailto:Utilities@coachella.org)

Text/Mensaje de Texto                      (760) 600-9671

In Person/En Persona                      53-990 Enterprise Way, Coachella, CA 92236 and 53-462 Enterprise Way, Coachella CA 92236