

# Eversource

## Solicitud Para Descuento de Tarifa

Ahorros significantive de electricidad disponibles para clientes elegibles.

Si, me gustarfa solicitar para el descuento de tarifa residencial de Eversource. **Autorizo a la agencia(s) hacer publica mi informacion personal a Eversource para inscribirme y recibir la certificaci6n anual para el descuento de tarifa y notificar a Eversource si mis beneficios son descontinuados.**

Numero de Cuenta de Eversource:

Numero de Segura Social:

Nombre: -----  
(Apellido) (Primer Nombre) {Inicial del Segundo Nombre}

Telefono: -----

Direccion: -----

Ciudad: ----- Codigo Postal: \_\_\_\_\_

### Criterio de elegibilidad para el descuento de tarifa:

- Ser cliente residencial (solo residencia primaria).
- La factura de Eversource debe estar a su nombre.
- Tener un ingreso elegible para el programa de Asistencia de Enerfga para familias de bajos ingresos (Low-Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP), tambien conocido como Asistencia de Enerfga (Fuel Assistance).
- Su ingreso familiar no debe exceder el 60 porciento del ingreso promedio del estado.
- Debe recibir actualmente los beneficios de uno de los programas mencionados abajo y verificar su ingreso (marque todos los que recibe)

### Actualmente recibo uno o mas beneficios de los siguientes programas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fuel Assistance*                | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)                                  |
| <input type="checkbox"/> MassHealth*                     | <input type="checkbox"/> Emergency Assistance for the Elderly, Disabled, & Children (EAEDC)* |
| <input type="checkbox"/> Public/Subsidized Housing*      | <input type="checkbox"/> Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC)*       |
| <input type="checkbox"/> Head Start*                     | <input type="checkbox"/> Veterans' Service Benefits (Chapter 115)*                           |
| <input type="checkbox"/> SNAP (Food Stamps)*             | <input type="checkbox"/> Veterans DIC Surviving Parent or Spouse*                            |
| <input type="checkbox"/> School Breakfast/Lunch Program* | <input type="checkbox"/> Veterans Non-Service Disability Pension*                            |

\*Proporcione par favor prueba de beneficios (ex. una copia de la carta de la aceptaci6n de agenda que certifica).

Certifico que toda la informacion provefda en esta aplicacion es verdadera. Recibo beneficios del programa (s) indicado arriba y la cuenta residencial de Eversource esta a mi nombre y tengo ingresos elegibles.

Firma: \_\_\_\_\_

Por favor envfe por correo esta solicitud y copias de su documentacion elegible a: Eversource Customer Service Center  
1985 Blue Hills Avenue Ext.  
Windsor CT 06095-1504  
**FAX: 800-265-6708**

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestro departamento de Atencion al Cliente de Lunes a Viernes, 8:00 a.m. - 6:00 p.m. al 800-286-2000. Tambien puede vistamos al [www.eversource.com](http://www.eversource.com).

**POR FAX AL: 800-265-6708**