

# American Rescue Plan Act Household Information & Eligibility Form

*Instructions: Use this form to screen and document household eligibility.  
Applicant must be account holder.*



509-547-2476

## CUSTOMER INFORMATION

<b>Name:</b>		<b>Phone:</b>		<b>Date:</b>	
<b>Service Address:</b>					
<b># of people in household:</b>	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 7+	
<b>ELIGIBILITY CRITERIA</b> <i>The following eligibility criteria can be "self-certified/stated" by the household.</i> 1. Please SELECT one of the following options: <input type="checkbox"/> <b>No Income</b> due to hardship caused by COVID-19 <input type="checkbox"/> <b>Reduced Income</b> due to hardship caused by COVID-19 <input type="checkbox"/> Other- <i>Please explain below:</i>			2. Type of assistance requested: <input type="checkbox"/> Pay-off past due account balance		

### PROGRAM GUIDELINES

Applicant must be the account holder and reside within the City of Pasco city limits. Each account is eligible to draw funds once during the grant period. Funding is distributed on a first come, first served basis. Credits received via grant funds cannot be refunded to account holder in the future.

### CERTIFICATION OF FINANCIAL HARDSHIP

**The undersigned hereby certify and attest that:**

- 1) Because of the loss of income and/or increase in expense described above, the household cannot pay the utilities due and have enough money left to pay for rent, food, medical and related expenses, health insurance premiums, childcare, and job-related transportation expenses.
- 2) The non-payment of utilities due is caused by a financial impact from COVID-19 as described above.
- 3) The household has paid partial utilities, to the extent it can, considering the financial hardship(s) noted above.
- 4) The information provided in this form is a true and accurate statement of the financial hardship the household has experienced related to COVID-19.
- 5) The amount requested has not been used as a basis for reimbursement from other Federal and State grants.

### SIGNATURE

*If you sign this form, all of the above statements must be true.*

This document is a formal application for utility debt relief through federal stimulus funding "American Rescue Plan Act" (ARPA) Section 9901 of ARPA amended Title VI of the Social Security Act to add section 602 and 603 for the limited purposes identified in the Interagency Agreements between the Washington State Department of Commerce, City of Pasco, and Basin Disposal Inc. **If it is determined during the course of any subsequent audit by Basin Disposal Inc., City of Pasco, the State of Washington or the United States Government, that the utility customer was not entitled to any American Rescue Plan Act funds, due to error or by false attestation, the customer will promptly reimburse Basin Disposal Inc. for such payments upon request or have the amount added to their utility account balance.**

**I SWEAR UNDER PENALTY OF PURJURY UNDER THE LAWS OF THE STATE OF WASHINGTON THAT THE FORGOING IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF.**

**SIGNED AND ATTESTED AS TRUE, as of the date set forth below:**

Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<b>For Official Use Only:</b>	
Signature of Approval:	Date:

# Ley del Plan de Rescate Estadounidense

## Información del Hogar y Formulario de Elegibilidad



509-547-2476

Instrucciones: Utilice este formulario para verificar y documentar la elegibilidad del hogar.  
La persona solicitante debe ser titular de la cuenta.

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

<b>Nombre:</b>		<b>Num. de Tel:</b>		<b>Fecha:</b>
<b>Dirección del Servicio:</b>				
<b>Num. de Personas en el Hogar:</b>	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> 4-5	<input type="checkbox"/> 6-7	<input type="checkbox"/> 7+
<b>CRITERIO DE ELEGIBILIDAD</b> <i>El siguiente criterio de elegibilidad puede ser "auto declarado/certificado" por la familia.</i>				
1. Por favor seleccione una opción: <input type="checkbox"/> <b>No ingresos</b> por la privación causada por COVID-19 <input type="checkbox"/> <b>Reducción en Ingresos</b> por la privación causada por COVID-19 <input type="checkbox"/> Otro – <i>Por favor explique a continuación:</i>			3. Tipo de asistencia solicitada: <input type="checkbox"/> Pagar el balance atrasado de la cuenta	

### GUIA DEL PROGRAMA

La persona solicitante debe ser el titular de la cuenta y residir dentro de los límites de la Ciudad de Pasco. Cada cuenta es elegible para recibir fondos una vez durante el periodo de subvención. Los fondos se distribuirán a base de primero en llegar, primero en ser servido. En el futuro, al titular de la cuenta no se le re-embolsará el crédito recibido por medio de fondos de subvención.

### CERTIFICACION DE PRIVACION FINANCIERA

La persona abajo firmante declara y atestigua que:

- 1) Por la pérdida de ingresos y/o aumento en gastos descritos arriba, la familia no puede pagar las utilidades que se deben y a la misma vez tener suficiente dinero para pagar la renta, comida, gastos médicos, el primo para el seguro de salud, cuidado de niños, y gastos de transportación relacionados con el trabajo.
- 2) La causa por no pagar las utilidades que se deben es debido al impacto financiero de COVID-19 descritos arriba.
- 3) La familia ha pagado todo lo que ha podido pagar de las utilidades, considerando la privación financiera descrita arriba.
- 4) La información provista en este formulario es una declaración verdadera y correcta sobre la privación financiera que esta familia ha vivido en relación al COVID-19.
- 5) La cantidad solicitada no ha sido usada como base de reembolso de otros fondos Federales y Estatales.

### FIRMA

*Si firma este formulario, todas las declaraciones precedentes deben ser ciertas.*

Este documento es una solicitud formal para un relieve de deuda de utilidades por medio de fondos de estímulo federales "Ley del Plan de Rescate Estadounidense" (ARPA) Sección 9901 de ARPA emendado Titulo VI de la Ley del Seguro Social para añadir las secciones 602 y 603 por los propósitos limitados identificados en los Acuerdos Institucionales entre el Departamento de Comercio del Estado de Washington, Basin Disposal Inc., y la Ciudad de Pasco. **Si se determina durante el transcurso de alguna auditoria subsecuente por Basin Disposal Inc., la Ciudad de Pasco, el Estado de Washington, o el Gobierno Estadounidense, que el cliente de Basin Disposal Inc. no era elegible para recibir fondos de la Ley de Plan de Rescate Estadounidense, por algún error o por declaraciones falsas, el cliente enseguida reembolsará tales pagos a petición o se le agregará la cantidad al balance de la cuenta de utilidad.**

**YO JURO BAJO PENA DE PERJURIO SEGUN LAS LEYES DEL ESTADO DE WASHINGTON QUE LO ANTERIOR ES VERDAD Y CORRECTO DE ACUERDO A MI CONOCIMIENTO Y CONVICCION.**

**FIRMADO Y ATESTADO COMO VERDADERO, a partir de la fecha establecida a continuación:**

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

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>For Official Use Only:</b>	
Signature of Approval:	Date: