



Salt Lake County CARES Water Assistance Application

1. Application Information:

Name: _____ Date: _____
First Middle Last

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Phone #: _____ Email Address: _____

2. Eligibility Information – applicant must have experienced a COVID-related crisis to qualify:

COVID-related crisis (please mark all that apply):

- | | |
|---|--|
| ☐ Loss of employment due to COVID-19 | ☐ Work hours reduced due to COVID-19 |
| ☐ Loss of childcare due to COVID-19 | ☐ Unable to work, due to high-risk health |
| ☐ Medical costs due to COVID-19 | ☐ Other: _____ |

3. Water Account Information:

Vendor Name: _____ Account #: _____

Name of Account Holder: _____

CLIENT DECLARATION: *By signing this application, I certify that the information I provided is true to the best of my knowledge. I hereby authorize Utah Community Action HEAT staff for two-way communication with to the utility provider listed above. I further understand that if Salt Lake County C.A.R.E.S. funds are exhausted prior to processing this application, Salt Lake County and Utah Community Action HEAT are under no obligation to make payment.*

Signature: _____ Date: _____

Email this form and a copy of your water bill to waterassistance@utahca.org or fax to 801-214-3212.

Staff Use Only:

- | | |
|---|--|
| ☐ Verified active water vendor account | ☐ Total account balance: \$ _____ |
| ☐ Utility bill or verification form included | |

Condado de Salt Lake

Solicitud de Asistencia para Servicios Públicos de Agua

1. Información de la solicitud - *solicitante debe residir en el condado de Salt Lake:*

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

2. Información de elegibilidad - *solicitante debe haber tener una crisis relacionada con COVID-19 para calificar (marque todas las que apliquen):*

- | | |
|---|---|
| ☐ Horas de trabajo reducidas por COVID-19 | ☐ Pérdida de empleo por COVID-19 |
| ☐ Pérdida de cuidado de los niños por COVID-19 | ☐ Costos médicos por COVID-19 |
| ☐ Incapaz de trabajo; salud de alto riesgo | ☐ Otro: _____ |

3. Información de la cuenta de agua - *solicitante debe tener una cuenta de servicios públicos activa para calificar:*

Nombre del Vendedor: _____ Cuenta #: _____

Nombre en la Cuenta (*en la factura*): _____

DECLARACIÓN DEL CLIENTE: *Al firmar esta solicitud, certifico que la información que he dado es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Por la presente autorizo al personal de Utah Community Action HEAT para la comunicación bidireccional con el proveedor de servicios públicos mencionado anteriormente. Además, entiendo que si los fondos se agotan antes de procesar esta solicitud, el condado de Salt Lake y Utah Community Action HEAT no tienen la obligación de realizar el pago.*

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por correo electrónico este formulario y una copia de su factura de agua a waterassistance@utahca.org o envíe un fax al 801-214-3212

HEAT Staff Use Only (Solo para uso del personal de HEAT):

- | | |
|---|--|
| ☐ Verified active water vendor account | ☐ Total account balance: \$ _____ |
| ☐ Utility bill or verification form included | |