



IMPUESTO DE UTILIDADES AL CONSUMIDOR - SOLICITUD DE EXENCIÓN PARA BAJOS INGRESOS

(Residentes de la Ciudad de Palm Springs Solamente)

CIUDAD DE PALM SPRINGS—DEPARTAMENTO DE FINANZAS Y TESORERÍA

3200 E. TAHQUITZ CANYON WAY | PALM SPRINGS, CALIFORNIA 92262

TEL: (760) 323-8229 | FAX: (760) 322-8320 | WWW.PALMSPRINGSCA.GOV

Primer Nombre	Inicial	Apellido	Seguro Social
Domicilio			Código Postal
Correspondencia		Ciudad	Código Postal
Correo Electrónico:			

En la sección de abajo favor de escribir su número(s) de teléfono y/o número de cuenta de servicio tal y como aparece en su factura de utilidades. **Favor de incluir su proveedor de teléfono.**

Numero de Teléfono	Proveedor	Dirección donde se provee servicio
Numero de Teléfono	Proveedor	Dirección donde se provee servicio
Numero de cuenta (Edison) - Electricidad	Dirección donde se provee servicio	
Numero de cuenta (So. Cal. Gas) - Gas Natural	Dirección donde se provee servicio	

CERTIFICACIÓN:

- Yo resido en el domicilio indicado arriba y pago las facturas de servicios públicos de dicho domicilio.
- Mi (Nuestro) ingreso anual es menos de: (Favor de solamente seleccionar uno)

_____ \$34,480 por 1 o 2 personas en el hogar	_____ \$43,440 por 3 personas en el hogar
_____ \$52,400 por 4 personas en el hogar	_____ \$61,360 por 5 personas en el hogar
_____ \$70,320 por 6 personas en el hogar	_____ \$79,280 por 7 personas en el hogar
_____ \$88,240 por 8 personas en el hogar	
_____ 9+ personas en el hogar (agregue \$8,960 por cada miembro adicional) Total de Ingreso \$_____	

Estos lineamientos de ingresos son efectivos a partir del 1 de junio de 2020 y hasta el 31 de mayo de 2021.
- Le informare al Director de Finanzas y Tesorería de la Ciudad de Palm Springs a mas tardar 10 días de cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad de esta solicitud.
- FAVOR DE INCLUIR COPIA(S) DE SU FORMULARIO DE IMPUESTOS DEL AÑO ANTERIOR O CUALQUIER OTRA FORMA DE COMPROBANTES DE INGRESOS—DE LO CONTRARIO SU SOLICITUD NO PODRA SER PROCESADA.**

Declaro que la información proporcionada en este formulario de solicitud es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha _____

Después de haber llenado esta solicitud, favor de enviarla a:
CITY OF PALM SPRINGS
ATTN: Finance Department—Heather Cain
P. O. Box 2743
Palm Springs, CA 92262

USO DE OFICINA SOLAMENTE

APROVADO POR: _____ PROCESADO: _____

Director de Finanzas y Tesorería