

---

Customer Assistance Program Application Cover Letter and Form  
in English and Spanish

Sheet 1

(See Attached Form)

(Continued)

---

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

Advice 1326  
Decision D. 20-08-047

ISSUED BY

J. T. LINAM  
DIRECTOR - Rates & Regulatory

(TO BE INSERTED BY C.P.U.C.)

Date Filed 03/05/2021  
Effective 03/05/2021  
Resolution \_\_\_\_\_



WE KEEP LIFE FLOWING™



## CUSTOMER ASSISTANCE PROGRAM

### ABOUT THE PROGRAM / INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA

California American Water's customer assistance program provides assistance to low-income families. / *El programa de asistencia al cliente de California American Water ofrece ayuda a familias de bajos ingresos.*

Eligible members are determined based on a household's gross yearly income (see the income guidelines chart) or participation in qualifying public assistance programs. If your household meets the necessary requirements, assistance will be provided in the form of a monthly discount on your water or sewer charges. / *Para determinar si los miembros califican, se utilizan los ingresos brutos anuales del hogar (ver la gráfica de requisitos de ingresos) o la participación en programas de asistencia pública. Si su hogar llena los requisitos necesarios, se le dará asistencia en forma de un descuento mensual en sus cargos de agua y alcantarillado.*

For assistance, call 888-237-1333, or visit [californiaamwater.com](http://californiaamwater.com). See application on the reverse side. / *Para obtener ayuda, llame al 888-237-1333, o ingrese a [californiaamwater.com](http://californiaamwater.com). Consulte la solicitud al reverso.*

For details on how we treat the information you have provided to us on the form on the reverse, and your privacy rights and how to exercise them, including how to exercise a "do not sell" opt-out, visit our website [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy) or contact us at 1-844-297-5952. / Para obtener detalles sobre cómo tratamos la información que nos ha proporcionado en el formulario al dorso, y sus derechos de privacidad y cómo ejercerlos, incluido cómo ejercer la opción de "no vender", visite nuestro sitio web [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy) o comuníquese con nosotros al 1-844-297-5952.

### CUSTOMER ASSISTANCE PROGRAM / PROGRAMA DE ASISTENCIA AL CLIENTE

#### TO QUALIFY FOR CUSTOMER ASSISTANCE / REQUISITOS PARA LA ASISTENCIA AL CLIENTE

- You must be an individually metered or flat-rate residential customer, or have residential sewer services with California American Water. / *Usted debe ser un cliente residencial con contador individual, o tener servicios residenciales de alcantarillado con California American Water.*
- The water bill must be in your name. / *La factura de agua debe estar a su nombre.*
- You may not be claimed as a dependent on another person's tax return. / *No puede figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.*
- You must reapply if you change your personal residence. / *Debe volver a presentar la solicitud cada vez que cambie su lugar de residencia.*
- You must renew your application every two years, or sooner, if requested. / *Debe renovar su solicitud cada dos años, o antes, si se le solicita.*
- You or someone in your household must participate in a qualifying public assistance program (see list of qualifying programs in the application on the reverse) OR your total annual income cannot exceed that on the chart below. Total income means the total income of ALL persons living full-time in your home as reported on Federal Income Tax Form 1040. / *Usted o alguien en su hogar debe participar en un programa de asistencia pública que califique (ver por detrás del formulario de solicitud la lista de programas que califican) O el total de sus ingresos anuales no puede superar el de la gráfica que hay a continuación. El total de los ingresos significa los ingresos de TODAS las personas que viven de tiempo completo en su hogar, de acuerdo con lo que hayan reportado en el Formulario de Impuestos Federales 1040.*
- California American Water must be notified within 30 days if you become ineligible for the customer assistance program. / *Deberá notificar a California American Water dentro de los 30 días si deja de ser elegible para el programa de asistencia al cliente.*

#### INCOME GUIDELINES / REQUISITOS DE INGRESOS

(Effective June 1, 2020 to May 31, 2021 /

Vigentes desde el 1 de junio de 2020 hasta el 31 de mayo de 2021)

Number of Persons in Household / Cantidad de personas en el grupo familiar	Total Combined Annual Income / Ingreso anual combinado total
1-2	\$ 34,480
3	\$ 43,440
4	\$ 52,400
5	\$ 61,360
6	\$ 70,320
7	\$ 79,280
8	\$ 88,240
Each Additional Person, Add / Cada Persona Adicional, Agregue	\$ 8,960

**APPLICATION: Customer Assistance Program/Payment Assistance**

*SOLICITUD: Programa de asistencia al cliente/Ayuda con los pagos*

**Mail completed application to / Envíe la solicitud completa a: California American Water, 655 W. Broadway, Suite 1410, San Diego, CA 92101**

**Email completed application with a copy of your water bill to / Envíe por correo electrónico la solicitud completa con una copia de su factura de agua a: ca.paymentassistance@amwater.com**

**Once you apply, you are enrolled for 2 years and/or if you recently signed up for service in the past year there is no need to complete another application. / Una vez que usted haya aplicado queda inscrito por dos años y/o si usted se inscribió recientemente para servicios en el último año no hay necesidad de completar otra solicitud.**

**Please fill out the form below and attach the following / Complete al formulario que figura a continuación y adjunte lo siguiente:**

California American Water bill / La factura de California American Water

**CALIFORNIA AMERICAN WATER CUSTOMER INFORMATION /**

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE DE CALIFORNIA AMERICAN WATER:** (please type or print / imprima o escriba en letra de imprenta)

**Customer Account Number / Número de cuenta del cliente** 1 0 1 5 -

**Have you applied/enrolled in this program in the past? / ¿Ha aplicado usted antes o ha estado inscrito en este programa?**  **Yes / Sí**  **No / No**

**Name / Nombre** \_\_\_\_\_ **Home Address / Dirección Particular** \_\_\_\_\_  
(As it appears on your bill / Como aparece en su factura) (Do NOT use a P.O. Box / NO utilice un apartado postal - PO Box)

**City / Ciudad** \_\_\_\_\_ **CA Zip Code / Código Postal de CA** \_\_\_\_\_

**Mailing Address / Dirección de correo** \_\_\_\_\_ **City / Ciudad** \_\_\_\_\_  
(If different from above address / Si es diferente de la dirección que figura arriba)

**CA Zip Code / Código Postal de CA** \_\_\_\_\_ **Daytime Telephone Number / Número telefónico diurno**    -    -       
(Please include area code / Incluya el código de área)

**MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME /**

**INGRESO FAMILIAR MÁXIMO:** (effective June 1, 2020 to May 31, 2021 / vigentes desde el 1 de junio de 2020 hasta el 31 de mayo de 2021)

Your Household's gross annual income may not exceed these CARE income guidelines. / Su ingreso anual bruto familiar no debe estos requisitos de ingresos de CARE.

Number of Persons in Household / Cantidad de personas en el grupo familiar	1-2	3	4	5	6	7	8	Each Additional Person, Add / Cada Persona Adicional, Agregue
Total Combined Annual Incomes / Ingreso anual combinado total	\$34,480	\$43,440	\$52,400	\$61,360	\$70,320	\$79,280	\$88,240	\$8,960

**PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY / ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA**

(CHECK all programs you or someone in your household participate in / MARQUE todos los programas en los que usted o alguien en su grupo familiar participan)

- Medicaid/Medi-Cal (under age 65)/Medicade / Medi-Cal (menor de 65 años de edad)
- Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over)/Medicade / Medi-Cal (de 65 años de edad y mayores)
- Supplemental Security Income (SSI) / Programa federal de seguridad de ingreso suplementario
- National School Lunch Program (NSLP) / Programa nacional de almuerzos escolares
- Women, Infants and Children (WIC) / Programa para mujeres, lactantes y niños
- Healthy Families A & B / Programas Healthy Families A y B (Familias Saludables)
- CalWORKs (TANF) or Tribal TANF / CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) / Programa de ayuda para energía para hogares con recursos limitados
- CalFresh/SNAP (Food Stamps) / CalFresh/SNAP (Sellos para alimentos)
- Bureau of Indian Affairs General Assistance / Ayuda General de la Oficina de Asuntos Indígenas
- Head Start Income Eligible (Tribal Only) / Elegibilidad de ingresos para el programa Head Start (Tribal solamente)

**HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY / ELIGIBILIDAD DEL INGRESO FAMILIAR**

(CHECK all sources of household income / MARQUE todas las fuentes de ingreso familiar)

- Pensions / Pensiones
- Social Security / Seguro Social
- SSP or SSDI / SSP o SSDI
- Interests/Dividends from: Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts / Intereses/Dividendos de: ahorros, acciones, bonos, o cuentas de jubilación
- Wages and/or Profits from Self-Employment / Salarios o ganancias de empleo por cuenta propia
- Rental or Royalty Income / Ingreso por alquileres o regalías
- Unemployment Benefits / Beneficios por desempleo
- Disability or Workers Compensation Payments / Pagos por incapacidad o de Compensación laboral
- Scholarships, Grants or other aid for living expenses / Becas escolares, subvenciones u otras ayudas para gastos de vida
- Insurance or Legal Settlements / Indemnizaciones de seguros o judiciales
- Spousal or Child Support / Cuotas de manutención de cónyuge o de hijos
- Cash and/or Other Income / Efectivo u otros ingresos

**Number of people living in your household\* / Cantidad de personas que viven en su hogar\***   +   =    
Adults/Adultos Children/Niños Total/Total

**Total Annual Household Income\* / Ingreso familiar anual total\*:** \$   ,     **\*REQUIRED / NECESARIO**

**DECLARATION / DECLARACIÓN:** (please read carefully and sign below / lea cuidadosamente y firme al pie)

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform California American Water if I no longer qualify to receive the discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that California American Water can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs. / Yo afirmo que la información que he suministrado en esta solicitud es verdadera y correcta. Acuerdo presentar comprobantes de ingresos si se me solicita. Acuerdo informar a California American Water si dejo de calificar para recibir descuentos. Entiendo que si recibo el descuento sin ser elegible para ello, puedo estar obligado a devolver el monto de descuento que haya recibido. Entiendo que California American Water puede compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus agentes para mi inscripción en sus programas de ayuda.

**X** \_\_\_\_\_  
California American Water Customer Signature / Firma del cliente de California American Water  fill in circle if guardian or power of attorney / rellene el círculo si es tutor o posee un poder legal Date / Fecha

---

Customer Assistance Program Denial Letter in English

Sheet 1

(See Attached Form)

(Continued)

---

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

Advice 1326  
Decision D. 20-08-047

ISSUED BY

J. T. LINAM  
DIRECTOR - Rates & Regulatory

(TO BE INSERTED BY C.P.U.C.)

Date Filed 03/05/2021  
Effective 03/05/2021  
Resolution \_\_\_\_\_

Customer Name  
Service Address

For Service To:  
Account Number  
Service Address

Dear California American Water Customer:

California American Water is pleased to offer qualifying customers a discount on their water bill through our Customer Assistance Program. We received your Customer Assistance Program application for assistance with your water bill. Unfortunately, we are unable to process your request at this time because:

Testing

Enclosed are your supporting documents which you sent with your original application. To protect your privacy, the application has been destroyed. If your financial situation should change, please feel free to re-apply by completing a new application and attaching the appropriate documentation noted on the application. Applications received without the proper documents will not be processed.

To obtain a new application or if you would like more information about the program please visit our website at [www.californiaamwater.com](http://www.californiaamwater.com). Click on Customer Service & Billing and navigate to Customer Assistance Programs. You can also contact us via email at [ca.paymentassistance@amwater.com](mailto:ca.paymentassistance@amwater.com).

For details on how we treat the information you have provided to us, and your privacy rights and how to exercise them, including how to exercise a “do not sell” opt-out, visit our website [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy).

We appreciate your business and the opportunity to continue serving you, your neighbors and our local communities. For further assistance, please contact our customer service center at 1-888-237-1333.

Sincerely,

California American Water Customer Service

655 W. Broadway, Suite 1410  
San Diego, CA 92101

Customer Assistance Program Denial Letter in Spanish

Sheet 1

(See Attached Form)

(Continued)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)		ISSUED BY	(TO BE INSERTED BY C.P.U.C.)	
Advice	1326	J. T. LINAM	Date Filed	03/05/2021
Decision	D. 20-08-047	DIRECTOR - Rates & Regulatory	Effective	03/05/2021
			Resolution	

Nombre de Cliente  
Dirección de servicio

Para el servicio a:  
Número de cuenta  
Dirección de servicio

Estimado cliente de California American Water:

California American Water se complace de ofrecer a los clientes elegibles un descuento en sus facturas de agua a través de nuestro Programa de Asistencia al Cliente. Hemos recibido su solicitud al Programa de Asistencia al Cliente para recibir ayuda con su factura de agua. Lamentablemente, no podemos tramitar su solicitud en este momento debido a:

Prueba

Con esta carta incluimos los documentos de referencia que envió junto con su solicitud original. A fin de proteger su privacidad, la solicitud fue destruida. Si su situación financiera cambia, no dude en volver a presentar una nueva solicitud y enviarnos la documentación adecuada indicada en la misma. Las solicitudes que se reciban sin los documentos adecuados no se tramitarán.

Para obtener una solicitud nueva o más información sobre el programa, visite nuestro sitio web en [www.californiaamwater.com](http://www.californiaamwater.com). Haga clic en Atención al cliente y facturación y navegue hasta Programas de asistencia al cliente. También puede enviarnos un correo electrónico a [ca.paymentassistance@amwater.com](mailto:ca.paymentassistance@amwater.com).

Para averiguar cómo tratamos la información que nos proporcionó, así como sus derechos de privacidad y cómo ejercerlos, incluyendo cómo ejercer la opción de “no vender”, visite nuestro sitio web [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy).

Agradecemos que nos haya elegido y la oportunidad de seguir prestándole servicios a usted, a sus vecinos y a nuestras comunidades. Si necesita más ayuda, comuníquese con nuestro centro de atención al cliente llamando al 1-888-237-1333.

Atentamente,

Servicio de atención al cliente de California American Water

---

Customer Assistance Program Opt Out Cover Letter in English

Sheet 1

(See Attached Form)

(Continued)

---

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

Advice 1326  
Decision D. 20-08-047

ISSUED BY

J. T. LINAM  
DIRECTOR - Rates & Regulatory

(TO BE INSERTED BY C.P.U.C.)

Date Filed 03/05/2021  
Effective 03/05/2021  
Resolution \_\_\_\_\_



Customer Name  
Service Address

For Service To:  
Account Number  
Service Address

Dear California American Water Customer:

California American Water is pleased to offer qualifying customers a discount on their water bill through our Customer Assistance Program.

We were recently made aware of enrollment in a similar program through your energy utility. California American Water will **automatically enroll you in our Customer Assistance Program** so you can receive a similar discount on your water bill. **If you wish to opt out of the program**, please fill out the attached form, check the "opt out" box on the form and return to:

California American Water  
655 W. Broadway, Suite 1410  
San Diego, CA 92101  
Attn: Customer Assistance Program

If you wish to be enrolled in the Customer Assistance Program, you do not need to take further action, you will be automatically enrolled in the program within the next 30 days.

For more information on the program or for other questions, please visit our website at [www.californiaamwater.com](http://www.californiaamwater.com). Click on Customer Service & Billing and navigate to Customer Assistance Programs. You can also contact us via email at [ca.paymentassistance@amwater.com](mailto:ca.paymentassistance@amwater.com).

For details on how we treat the information you have provided to us, and your privacy rights and how to exercise them, including how to exercise a "do not sell" opt-out, visit our website [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy).

We appreciate your business and the opportunity to continue serving you, your neighbors and our local communities. For further assistance, please contact our customer service center at 1-888-237-1333.

Sincerely,

California American Water Customer Service

---

Customer Assistance Program Opt Out Cover Letter in Spanish

Sheet 1

(See Attached Form)

(Continued)

---

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

Advice 1326  
Decision D. 20-08-047

ISSUED BY

J. T. LINAM  
DIRECTOR - Rates & Regulatory

(TO BE INSERTED BY C.P.U.C.)

Date Filed 03/05/2021  
Effective 03/05/2021  
Resolution \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente  
Dirección de servicio

Para el servicio a:  
Número de cuenta  
Dirección de servicio

Estimado cliente de California American Water:

California American Water se complace de ofrecer a los clientes elegibles un descuento en sus facturas de agua a través de nuestro Programa de Asistencia al Cliente.

Recientemente hemos tenido conocimiento de su inscripción en un programa similar a través de su empresa de energía. California American Water **le inscribirá automáticamente en nuestro Programa de Asistencia al Cliente** a fin de que pueda recibir un descuento similar en su factura de agua. **Si no desea participar en el programa**, llene el formulario adjunto, marque la casilla “exclusión” del formulario y envíelo a:

California American Water  
655 W. Broadway, Suite 1410  
San Diego, CA 92101  
Attn: Customer Assistance Program

Si desea inscribirse en el Programa de Asistencia al Cliente, no tiene que hacer nada ya que lo inscribiremos automáticamente en los próximos 30 días.

Para obtener más información sobre el programa o si tiene otras preguntas, visite nuestro sitio web en [www.californiaamwater.com](http://www.californiaamwater.com). Haga clic en Atención al cliente y facturación y navegue hasta Programas de asistencia al cliente. También puede enviarnos un correo electrónico a [ca.paymentassistance@amwater.com](mailto:ca.paymentassistance@amwater.com).

Para averiguar cómo tratamos la información que nos proporcionó, así como sus derechos de privacidad y cómo ejercerlos, incluyendo cómo ejercer la opción de “no vender”, visite nuestro sitio web [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy).

Agradecemos que nos haya elegido y la oportunidad de seguir prestándole servicios a usted, a sus vecinos y a nuestras comunidades. Si necesita más ayuda, comuníquese con nuestro centro de atención al cliente llamando al 1-888-237-1333.

Atentamente,

Servicio de atención al cliente de California American Water

---

Customer Assistance Program Re-Enrollment Letter in English

Sheet 1

(See Attached Form)

(Continued)

---

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

Advice 1326  
Decision D. 20-08-047

ISSUED BY

J. T. LINAM  
DIRECTOR - Rates & Regulatory

(TO BE INSERTED BY C.P.U.C.)

Date Filed 03/05/2021  
Effective 03/05/2021  
Resolution \_\_\_\_\_

Customer Name  
Service Address

For Service To:  
Account Number  
Service Address

### **Re-enrollment in Customer Assistance Program**

Dear California American Water Customer:

California American Water is pleased to offer qualifying customers a discount on their water bill through our Customer Assistance Program.

It has come to our attention that you are currently enrolled in the Customer Assistance Program, but we do not have your current enrollment information on file. Please fill out the attached application and provide the updated documentation within 30 days to continue your enrollment in the program.

If you do not wish to be enrolled in the program, you do not need to take any further action.

For more information on the program or for other questions, please visit our website at [www.californiaamwater.com](http://www.californiaamwater.com). Click on Customer Service & Billing and navigate to Customer Assistance Programs. You can also contact us via email at [ca.paymentassistance@amwater.com](mailto:ca.paymentassistance@amwater.com).

For details on how we treat the information you have provided to us, and your privacy rights and how to exercise them, including how to exercise a “do not sell” opt-out, visit our website [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy).

We appreciate your business and the opportunity to continue serving you, your neighbors and our local communities. For further assistance, please contact our customer service center at 1-888-237-1333.

Sincerely,

California American Water Customer Service

---

Customer Assistance Program Re-Enrollment Letter in Spanish

Sheet 1

(See Attached Form)

(Continued)

---

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

Advice 1326  
Decision D. 20-08-047

ISSUED BY

J. T. LINAM  
DIRECTOR - Rates & Regulatory

(TO BE INSERTED BY C.P.U.C.)

Date Filed 03/05/2021  
Effective 03/05/2021  
Resolution \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente  
Dirección de servicio

Para el servicio a:  
Número de cuenta  
Dirección de servicio

### **Reinscripción en el Programa de Asistencia al Cliente**

Estimado cliente de California American Water:

California American Water se complace de ofrecer a los clientes elegibles un descuento en sus facturas de agua a través de nuestro Programa de Asistencia al Cliente.

Nuestros registros indican que actualmente está inscrito en el Programa de Asistencia al Cliente, pero no tenemos su información de inscripción actual. Le solicitamos que llene la solicitud adjunta y envíe la documentación actualizada dentro de los próximos 30 días para mantener su inscripción en el programa.

Si no desea inscribirse en el programa, no tiene que hacer nada.

Para obtener más información sobre el programa o si tiene otras preguntas, visite nuestro sitio web en [www.californiaamwater.com](http://www.californiaamwater.com). Haga clic en Atención al cliente y facturación y navegue hasta Programas de asistencia al cliente. También puede enviarnos un correo electrónico a [ca.paymentassistance@amwater.com](mailto:ca.paymentassistance@amwater.com).

Para averiguar cómo tratamos la información que nos proporcionó, así como sus derechos de privacidad y cómo ejercerlos, incluyendo cómo ejercer la opción de “no vender”, visite nuestro sitio web [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy).

Agradecemos que nos haya elegido y la oportunidad de seguir prestandole servicios a usted, a sus vecinos y a nuestras comunidades. Si necesita más ayuda, comuníquese con nuestro centro de atención al cliente llamando al 1-888-237-1333.

Atentamente,

Servicio de atención al cliente de California American Water





Customer Name  
Service Address

For Service To:  
Account Number  
Service Address

Dear California American Water Customer:

California American Water is pleased to offer qualifying customers a discount on their water bill through our Customer Assistance Program.

We received your application for the Customer Assistance Program. However, because some of the eligibility documentation was not included with the application, we are currently unable to process your request. We are in need of a current copy of your:

Testing

Your original application is being returned. Please attach the additional needed documentation and resubmit the application along with your documents to us at:

California American Water  
655 W. Broadway, Suite 1410  
San Diego, CA 92101  
Attn: Customer Assistance Program

For more information on the program or for other questions, please visit our website at [www.californiaamwater.com](http://www.californiaamwater.com). Click on Customer Service & Billing and navigate to Customer Assistance Programs. You can also contact us via email at [ca.paymentassistance@amwater.com](mailto:ca.paymentassistance@amwater.com).

For details on how we treat the information you have provided to us, and your privacy rights and how to exercise them, including how to exercise a “do not sell” opt-out, visit our website [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy).

We appreciate your business and the opportunity to continue serving you, your neighbors and our local communities. For further assistance, please contact our customer service center at 1-888-237-1333.

Sincerely,

California American Water Customer Service

Customer Assistance Program Resubmit Application in Spanish

Sheet 1

(See Attached Form)

(Continued)

---

(TO BE INSERTED BY UTILITY)		ISSUED BY	(TO BE INSERTED BY C.P.U.C.)	
Advice	1326	J. T. LINAM	Date Filed	03/05/2021
Decision	D. 20-08-047	DIRECTOR - Rates & Regulatory	Effective	03/05/2021
			Resolution	_____

---

Nombre del Cliente  
Dirección de servicio

Para el servicio a:  
Número de cuenta  
Dirección de servicio

Estimado cliente de California American Water:

California American Water se complace de ofrecer a los clientes elegibles un descuento en sus facturas de agua a través de nuestro Programa de Asistencia al Cliente.

Hemos recibido su solicitud para el Programa de Asistencia al Cliente. Sin embargo, debido a que no incluyó parte de la documentación que demuestra su elegibilidad, actualmente no podemos tramitar su solicitud. Sírvase enviarnos una copia actualizada de su:

Prueba

Tenga en cuenta que le devolveremos su solicitud original. Por favor, adjunte la documentación adicional necesaria y reenvíenos la solicitud junto con sus documentos a:

California American Water  
655 W. Broadway, Suite 1410  
San Diego, CA 92101  
Attn: Customer Assistance Program

Para obtener más información sobre el programa o si tiene otras preguntas, visite nuestro sitio web en [www.californiaamwater.com](http://www.californiaamwater.com). Haga clic en Atención al cliente y facturación y navegue hasta Programas de asistencia al cliente. También puede enviarnos un correo electrónico a [ca.paymentassistance@amwater.com](mailto:ca.paymentassistance@amwater.com).

Para averiguar cómo tratamos la información que nos proporcionó, así como sus derechos de privacidad y cómo ejercerlos, incluyendo cómo ejercer la opción de “no vender”, visite nuestro sitio web [www.amwater.com/corp/privacy-policy](http://www.amwater.com/corp/privacy-policy).

Agradecemos que nos haya elegido y la oportunidad de seguir prestándole servicios a usted, a sus vecinos y a nuestras comunidades. Si necesita más ayuda, comuníquese con nuestro centro de atención al cliente llamando al 1-888-237-1333.

Atentamente,

Servicio de atención al cliente de California American Water