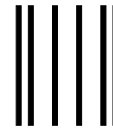




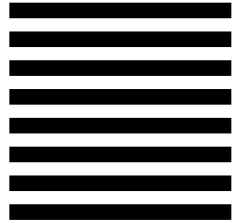
Imperial Irrigation District
Protecting the flow of progress.
PO BOX 937
IMPERIAL, CA 92251-9945



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 2 IMPERIAL, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE



RESIDENTIAL ENERGY ASSISTANCE PROGRAM
IMPERIAL IRRIGATION DISTRICT
PO BOX 937
IMPERIAL CA 92251-9945



www.iid.com

1-800-303-7756

Questions? ♦ ¿Tiene usted alguna Pregunta?

Please cut off this panel and seal and mail the completed application to IID. No postage is necessary. Use tape to seal — no staples!
Por favor desprendida esta porción del folleto, llene la solicitud y envíela a IID. No hay necesidad de ponerle estampa; el porte está pagado. Selle la solicitud con cinta adhesiva — no utilice grapas!



Do you qualify to
Save money on your electric bill?
Open this up to find out!

¿Califica usted para ahorrar **hasta el dinero**
en su recibo mensual de energía?
¡Abra este folleto hacia arriba para encontrar más!

Imperial Irrigation District

Protecting the flow of progress.



Enroll today to see if you qualify to **Save money** on your electric bill

Inscríbese ya para ver si usted califica para ahorrar **hasta el dinero** en su recibo mensual de energía

IID offers several income-qualified assistance programs designed to help our customers meet their energy needs. Our Residential Energy Assistance Program (or REAP) allows customers to save money on their electric bill.

In order to qualify for this assistance, you must meet certain income qualifications. Take a look at the chart on the right. If you think you qualify, please complete the application below and return it to us using this postage-paid mailer. Once enrolled, you must participate in IID's Average Bill Pay and Energy SwingShift programs.

No. in Household	Max Annual Household Income
1-2	\$24,500
3	\$30,800
4	\$37,100
5	\$43,400
Each add'l. person	\$6,300

IID ofrece varios programas de asistencia para las personas de ingresos limitados con el propósito de ayudarles a nuestros clientes a satisfacer sus necesidades energéticas. Nuestro Programa de Ayuda Energética Residencial (REAP) hace posible que los clientes ahorren hasta el dinero en su recibo mensual de energía.

Para tener derecho a esta ayuda, es necesario que usted cumpla con ciertos requisitos concernientes a sus ingresos. Consulte la tabla a la derecha. Si cree que usted cumple con los requisitos, por favor llene la solicitud a continuación y devuélvanosla utilizando este mismo sobre con porte ya pagado. Una vez que está alisto, usted debe participar adentro IID's Average Bill Pay y Energy SwingShift programas.

El número de personas que viven en el hogar	El ingreso anual máximo del hogar
1-2	\$24,500
3	\$30,800
4	\$37,100
5	\$43,400
Cada persona adicional	\$6,300



A B C (for office use only—para el uso de la oficina solamente)

Entire application must be completed and signed.
Application effective as of January 1, 2009.

Es necesario llenar toda la solicitud y firmarla.
La solicitud será vigente a partir del día 1 de enero del 2009.

RATE DISCOUNT APPLICATION

SOLICITUD DE DESCUENTO REFERENTE A LA TARIFA

I certify that:

- I understand that this application does **not** guarantee my participation in the program.
- The IID bill is in my name.
- I am not claimed on another person's income tax return.
- I will notify IID if I no longer qualify for this rate.
- I understand IID reserves the right to verify my household's income.
- I understand the definition of "gross (before taxes) household income" is all money and non-cash benefits, available for living expenses, from all sources, both taxable and non-taxable, before deductions, including expenses, for all people who live in my home. This includes, but is not limited to, the following:

Certifico que:

- Comprendo que esta solicitud no garantiza mi participación en el programa.
- La cuenta de energía con IID está en mi nombre.
- Ninguna otra persona me pone como su dependiente en su declaración de renta.
- Avisaré a IID en caso de que yo ya no tenga derecho a esta tarifa.
- Comprendo que IID se reserva el derecho a verificar los ingresos de mi hogar.
- Comprendo que el término "ingreso bruto del hogar (antes de calcular los impuestos)" se refiere al total del dinero y prestaciones no monetarias disponibles para los gastos de la vida, derivados de todas las fuentes, tanto las que estén sujetas a impuestos como las que no, calculados antes de restar las deducciones, incluyendo los gastos para todas las personas que viven en mi casa. Esto incluye, sin ser limitado a, lo siguiente:

Please check (✓) ALL sources of your income.

Por favor, indique (✓) TODAS las fuentes de sus ingresos.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wages, Salaries & Commission | <input type="checkbox"/> Workers' Compensation |
| <input type="checkbox"/> Alimony/Spousal Support | <input type="checkbox"/> SSI/SSP |
| <input type="checkbox"/> Unemployment Benefits | <input type="checkbox"/> Food Stamps |
| <input type="checkbox"/> AFDC | <input type="checkbox"/> W-2 or 1099M Form(s) from Employers |
| <input type="checkbox"/> Interest Dividends | <input type="checkbox"/> Disability |
| <input type="checkbox"/> Income Tax Returns | <input type="checkbox"/> Lottery Winnings |
| <input type="checkbox"/> Child Support | <input type="checkbox"/> Social Security |
| <input type="checkbox"/> Retirement | <input type="checkbox"/> Other _____ |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pagos, Salarios y Comisiones | <input type="checkbox"/> Indemnización Laboral al Trabajador |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia para la Esposa(o) | <input type="checkbox"/> SSI/SSP |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo | <input type="checkbox"/> Estampillas para Comida |
| <input type="checkbox"/> AFDC | <input type="checkbox"/> W-2 o 1099M Formas Recibidas del Empleador |
| <input type="checkbox"/> Dividendos Procedentes de Intereses | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Reembolso Federal | <input type="checkbox"/> Ganancias por Pago de Lotería |
| <input type="checkbox"/> Pensión para el Sustento de Hijos | <input type="checkbox"/> Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Retiro | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

PLEASE PRINT CLEARLY

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

Current status: New Applicant Moved Renewing

Estado Actual: Nuevo Aplicante Cambio Renovando

Please check one: Single Family Home Apartment Duplex Mobile Home

Por favor indique una: Casa de Una Familia Apartamento Apartamento Doble Casa Móvil

Do you: Rent? or Own?

¿Acaso usted: Renta? o Es de su Propiedad?

How many adults in your household are over the age of 65?

¿Cuántos adultos en su casa son mayores de 65 años?

Name (as shown on your IID bill) _____

Su Nombre (tal como aparece en su recibo de IID) _____

Home Address _____ Space # / Apt. # _____

Dirección de su Casa (Calle y Número) _____ No. de Espacio / No. de Apt. _____

City _____ Zip Code _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Daytime Telephone Number _____

Numero de Teléfono para Contactarlo Durante el Día _____

IID Contract Account Number
(or name of Mobile Home Park, if applicable)

Número de Contrato de su Cuenta con IID
(o nombre del lugar donde tiene su Casa Móvil, si aplica)

Number of persons in my household: + =
Adults Children Total

Número de personas en su casa: + =
Adultos Niños Total

Total gross household income (yearly): \$

Ingreso total del hogar (antes de deducciones anualmente): \$

Please Note: This program is subject to funding availability, and may change without prior notice. It is the customer's responsibility to renew their application for the discount 2 months prior to expiration of the discount. **FRAUD ALERT:** I certify under penalty of perjury under the laws of the state of California that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of my household income, if requested by IID. I understand that IID may require me to submit a completed IRS 4506T form for income verification with the Internal Revenue Service. I agree to inform IID if I no longer qualify to receive the discount. I understand that when I receive any discount or benefit without meeting the qualifications for it, I may be required to pay back the discount I received. This application expires on 12/31/09.

Nota: Este programa está sujeto a la disponibilidad de fondos, y puede cambiarse sin previo aviso. Es la responsabilidad del cliente renovar su aplicación para el descuento 2 meses antes de la expiración del descuento. **ALERTA DE FRAUDE:** Declaro bajo juramento y bajo las leyes del estado de California que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdad y correcta. Acepto proporcionar prueba de mis ingresos totales si así es requerido por IID. Comprendo que IID pudiera requerir que presente la forma IRS 4506T completa como verificación de ingresos con el IRS. Acepto informar al IID en caso de ya no seguir teniendo derecho de recibir el descuento. Comprendo que al recibir el descuento sin el cumplimiento de los requisitos al respecto, estaré sujeto a efectuar el reembolso que recibí. Esta aplicación expira en 12/31/09.

Customer Signature _____ Date _____

Firma del Cliente _____ Fecha _____