



DESCUENTO ENERGÉTICO PARA LA SALUD Y BIENESTAR DE ADULTOS MAYORES

INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

El programa de Descuento Energético para la Salud y Bienestar de Adultos Mayores (SHIELD) ayuda a los mayores de 60 años o más que enfrentan altos costos médicos al otorgar un descuento del 30% en su factura eléctrica. **Para calificar, los gastos médicos y farmacéuticos deben superar el 10% de sus ingresos anuales.** El programa requiere renovación cada tres años. Es responsabilidad del cliente presentar su solicitud antes de su fecha de renovación. Le recomendamos revisar los requisitos de elegibilidad y asegurarse de incluir todos los documentos necesarios.

Ingreso Bruto Máximo (Efectivo a partir del 1 de enero del 2026)	
Número de Personas en el Hogar	Ingreso Anual Total Combinado
1-2	\$68,103
3-4	\$103,523
Cada Persona Adicional	\$17,710

Para establecer su elegibilidad, debe llenar la solicitud adjunta y enviarla junto con cualquier comprobante de ingresos requerido. El solicitante debe ser el titular de la cuenta con IID. El descuento se aplicará únicamente después de la verificación y aprobación.

Gracias por su interés en el programa SHIELD. IID le **recomienda** llenar la sección de **Asistencia Energética de Equipo Especializado (EASE)** que se encuentra a continuación. Dado que los solicitantes de SHIELD tienen altos costos médicos, es posible que también pueda beneficiarse de EASE, el cual ofrece una tarifa eléctrica reducida para hogares unifamiliares con un residente de tiempo completo que dependa de equipos médicos eléctricos.

COMO APLICAR

- Llene y firme la solicitud (*también disponible para su descarga en www.iid.com/shield*).
- Proporcionar comprobante de verificación de ingresos para el mes más reciente (*todos en residencia e ingresos adicionales pueden ser requeridos*) y comprobante de gastos médicos y farmacéuticos que excedan el 10% de sus ingresos anuales.
- Las declaraciones de impuestos federales más recientes, incluidos todos los anexos.
- Proporcionar identificación y número de seguro social para todos los adultos.
- Entregue la solicitud completada, junto con la documentación, a:
 - **energyassistance@iid.com**
 - fax (760)339-9744
 - por correo a IID: PO Box 937, Imperial, CA 92251 (*envío de correo prepago incluido*)
 - o en persona en los siguientes Centros de Servicio al Cliente:

Brawley	Calexico	El Centro	La Quinta
135 S. Plaza St.	301 Imperial Ave.	1285 Broadway	81-600 Avenue 58

LISTA DE VERIFICACIÓN

- Solicitud completada y firmada
- Comprobante de ingresos (ej, recibos de pago, estados de pensión–no estados de cuenta)
- Comprobante de devolución de impuestos federales más reciente
- Identificación y número de seguro social de todos los miembros adultos de la unidad familiar
- Comprobante de gastos médicos y farmacéuticos (ej, facturas médicas, estados de seguro)

🕒 Horario de oficina: de lunes a jueves, de 8 a.m. - 12 p.m. & 1 - 5 p.m. CERRADO LOS VIERNES

Renovaciones:

- Presentar la solicitud de cuatro a ocho semanas antes de la fecha de vencimiento para evitar la interrupción de su descuento.
- Su período de descuento es de 36 meses a partir de la fecha de aprobación.

Condiciones Generales:

- La unidad familiar debe ser residente en el área de servicio de IID.
- Todo solicitante debe presentar la información requerida dentro de los siguientes 10 días hábiles o la solicitud no será válida.
- Su cuenta deberá estar al corriente para poder calificar.
- Para calificar, las tarifas de manipulación deben pagarse en su totalidad o tener al menos un historial de buenos pagos de 12 meses en dichas tarifas.
- **Estoy de acuerdo en notificar a IID si mis ingresos cambian.**

Cambio de Domicilio:

- Debe comunicarse con IID si se muda y necesita que el descuento SHIELD continúe en el nuevo domicilio.

Usted No Califica Para SHIELD Si:

- Tiene varias cuentas residenciales o la residencia es multifamiliar.
- No cumple con la guía de ingresos.
- Usted está inscrito en READY.
- Existe una discrepancia en los impuestos.
- Historial de cobros/deudas no pagados (electricidad, agua o misceláneo).
- Pueden aplicar otras restricciones.

Para mas información sobre SHIELD, llame a IID o visite nuestra página www.iid.com/shield.

1-760-339-9032 (Representante SHIELD) • **1-800-303-7756** (Servicio al Cliente) JAN 2026



SOLICITUD DE DESCUENTO ENERGÉTICO PARA LA SALUD Y BIENESTAR DE ADULTOS MAYORES

COMPLETADO POR EL CLIENTE. (La solicitud completa debe ser llenada y firmada. Favor de escribir claramente con tinta negra o azul.)

Número de Cuenta de Contrato de IID (o nombre del parque de casas móviles)

Teléfono#

Nombre (como se muestra en su recibo de IID)

Correo Electrónico

INFORMACIÓN DE INGRESOS Y VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Número de personas en mi unidad familiar del hogar:

(incluyéndome a mí, otros adultos y niños)

Adultos

Niños (menores de 18 años)

¿Alguien en su hogar presentó declaraciones de impuestos federales?

Sí

No

Ingreso Total Bruto Anual Combinado del Hogar: (antes de impuestos)

\$

(Deberá presentar un comprobante de ingresos. No se aceptan estados de cuenta bancaria.)

La definición de "ingreso anual bruto del hogar" es todo el efectivo y beneficios que no son en efectivo, disponible para gastos de vivienda, de todas las fuentes, gravables y no gravables, antes de impuestos y todas las deducciones para las personas que viven en el hogar. Esto incluye, pero no se limita a lo siguiente:

Por favor marque (✓) TODAS las fuentes de ingresos en su hogar.

Sueldos, salarios y comisiones

Pensión alimenticia/apoyo financiero de cónyuge o niños/cuidado temporal

Desempleo

Ayuda monetaria

Incapacidades/compensación de trabajadores

Beneficios para veteranos

Retiro/pensión

Seguro social/SSI/SSP

Ingreso de trabajo por cuenta propia (Schedule C)

Ingresos de inquilino o regalías (Schedule E)

Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación

Otro

DECLARACIÓN Y FIRMA

Certifico bajo penalidad de perjurio conforme a las leyes del estado de California que la información que he proporcionado es correcta y verdadera. El recibo de IID está a mi nombre. Entiendo que esta solicitud no garantiza mi participación en el programa. **No estoy como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona.** Estoy de acuerdo en proporcionar comprobante de ingresos, si IID lo requiere. Entiendo que IID puede requerirme presentar la forma IRS 8821 llena para la verificación de mis ingresos con el Internal Revenue Service. Soy el titular/solicitante de la cuenta y vivo en la residencia. **Entiendo que, aunque la inscripción en el Plan de Facturación Promedio no es obligatoria, es altamente recomendada. Estoy de acuerdo en informar a IID si ya no califico para recibir el descuento. Entiendo que cuando recibo cualquier descuento o beneficio sin cumplir los requisitos para ello, se me puede requerir devolver el descuento que recibí. Entiendo que si mi aplicación es negada, debo esperar seis meses antes de que yo pueda volver a aplicar. Entiendo que IID puede compartir mi información con otras agencias del programa de asistencia.**

Firma de Cliente _____

Fecha _____

Estoy de acuerdo en recibir llamadas al número anterior y/o correo electrónico, a través de un marcador automático o un mensaje pregrabado de, o en nombre de IID para reembolsos, ahorros u otra información del programa calificado para personas de bajos ingresos. Entiendo que el consentimiento para recibir estas llamadas no es necesario para inscribirse en este programa y que los mensajes y las tarifas de datos pueden aplicar.

PARA USO OFICIAL

RENOVACIÓN

NUEVA

MUNDANZA

WI

CORREO

CORREO ELECTRÓNICO

FAX

Estado _____

Iniciales _____

Fecha _____

Comentarios _____

INFORMACIÓN DE ASISTENCIA ENERGÉTICA DE EQUIPO ESPECIALIZADO**(OPCIONAL)**

Proporcione la información siguiente para cada pieza de equipo (se encuentra en la placa de datos del fabricante). Por favor, no abrevie el nombre del equipo o de su fabricante.

Nombre del Equipo	Nombre Completo del Fabricante	Voltios	Amps	Horas/Días de Uso

Se debe completar la sección de Voltios y AMPs.

Por favor utilice una hoja adicional si necesita mas espacio.

Aun cuando el Distrito de Irrigación de Imperial realice su mayor esfuerzo para proporcionar un servicio sin interrupciones, no podemos garantizar un servicio continuo. En caso de un corte eléctrico, pacientes que necesiten un servicio continuo de electricidad son responsables de proporcionar su propio sistema eléctrico de reserva. La participación en el programa no garantiza el servicio en cuentas atrasadas o vencidas.

LLENADA POR UN MEDICO CERTIFICADO O MEDICO ESPECIALISTA EN OSTIOPATIA

Nombre del Paciente _____

El paciente médicamente requiere la calefacción aumentada y/o la refrigeración: Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique la necesidad médica _____

REQUIERE EL USO DE UN DISPOSITIVO DE CUIDADO CRÍTICO

(Seleccione una) Sí No

Los siguiente(s) dispositivo(s) de cuidados críticos se utiliza(n) en el hogar del paciente:

Dispositivo

Nombre del Proveedor Médico	Teléfono del Consultorio		
Domicilio del Consultorio	Ciudad	Estado	Código Postal

Por la presente certifico que la información antedicha refleja mi juicio médico con respecto a la necesidad de equipo médico de este paciente como se describe anteriormente.

Firma de M.D./D.O.

Fecha

Número de Licencia del Doctor

Fecha de Exp.

PARA USO OFICIAL

Instalación _____ Uso de Equipo Médico que Califica _____ A/C _____ \$ _____

Fechas Efectivas _____ Aprobado/Negado Por _____