

Condado de Wake
Solicitud para tarifa reducida para evaluación de agua de pozo.

1. Nombre de la persona que solicita la evaluación del agua de pozo (contacto principal):

2. Número telefónico del contacto principal: _____

3. Dirección de correo electrónico (email) del contacto principal: _____

4. Dueño de la propiedad (si no es el mismo que aparece arriba): _____

5. ____ (iniciales) Reconozco que una copia de los resultados de la evaluación del agua de pozo será entregada al dueño de la propiedad y que estas son del dominio público.

6. Dirección de la propiedad donde se encuentra el pozo:

7. Dirección postal (si es diferente a la que aparece en el apartado 6):

El Condado de Wake recomienda un paquete de evaluaciones que incluye la detección de bacterias coliformes, material inorgánico, compuestos orgánicos volátiles, pesticidas, radiación alfa y beta total, uranio y radón en el agua.

8. Si aplica para la exención de costo, deberá incluir junto con esta forma una declaración jurada y llenada solicitando dicha reducción con base en sus ingresos (ver la parte trasera).

- Hogares por debajo del Índice Federal de Pobreza pagarán \$73.
- Hogares que estén entre el 100% y 250% del Índice Federal de Pobreza pagarán \$182.50.
- Hogares que excedan 250% del Índice Federal de Pobreza pagarán \$365.

TODAS LAS TARIFAS DEBEN SER CUBIERTAS ANTES DE RECOLECTAR LAS MUESTRAS.

9. Por favor, mencione la presencia de cercas, seguros, animales u otras consideraciones que podrían evitar el acceso al pozo para recolectar las muestras:

Firmando al calce, certifico que soy i) inquilino legal de esta propiedad, ii) que solicito la recolección y análisis de las muestras de agua de pozo descritas en esta forma y me declaro iii) responsable para garantizar el acceso al sitio. Autorizo que los representantes del Condado de Wake ingresen al sitio mencionado arriba con la intención de recolectar las muestras de agua solicitadas.

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe esta forma y la declaración jurada a:
Wake County Environmental Services
Well Testing
P.O. Box 550
Raleigh NC, 27602

WAKE COUNTY DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL SERVICES

DECLARACIÓN JURADA CONCERNIENTE A: Evaluación de agua de pozo – Elegibilidad para reducción de cargos con base en ingresos

_____, being duly sworn, hereby deposes and says:
(Applicant Name)

- Yo soy/Nosotros somos los ocupantes y/o dueños de la propiedad generalmente denominada _____ - _____, en el Condado de Wake. (Dirección, Ciudad/Poblado)
- Yo soy (anote sus iniciales en una opción): _____ Dueño _____ Inquilino _____ Otro, especifique: _____
- Yo estoy/Nosotros estamos aplicando para recibir una reducción en los cargos por evaluar el agua de pozo en la propiedad mencionada arriba.
- Yo certifico/Nosotros certificamos, bajo pena de perjurio, que mi/nuestro ingreso familiar total para el año fiscal **2020** es (anote sus iniciales en una opción):
 _____ no mayor al 250% del índice federal de pobreza actual determinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, como se enlista abajo.
 _____ menor al índice federal de pobreza actual determinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, como se enlista abajo.

Índice de Pobreza de 2021 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia

Tamaño del hogar (número de personas)	Índice Federal de Pobreza	250% del Índice Federal de Pobreza
1	\$12,880	\$32,201
2	\$17,420	\$43,551
3	\$21,960	\$54,901
4	\$26,500	\$66,251
5	\$31,040	\$77,601
6	\$35,580	\$88,951
7	\$40,120	\$100,301
8	\$44,660	\$111,651
9	\$49,200	\$123,001
10	\$53,740	\$134,351
11	\$58,280	\$145,701
12	\$62,820	\$157,051

- Reconozco que estoy aplicando para una reducción en los cargos por evaluación del agua de pozo y que este proceso de calificación no representa que califco para otros programas de asistencia. Reconozco que es posible que el Condado de Wake requiera pruebas de los ingresos familiares para verificar que soy elegible.
- Reconozco que si he presentado erróneamente cualquier información en esta declaración, el costo total de la evaluación deberá ser devuelto al Condado de Wake y que si esto no ocurre será considerada una deuda por cobrar.

Affiant further saith not.

Signature and Printed Name Date

Sworn to and subscribed before me

this _____ day of _____, 2021.

_____ Notary Public

My commission expires: _____

(SEAL)