



OFFICE USE ONLY

Date Approved _____

Documentation Destroyed _____

Staff Initials _____

Application for Hawaiian Gardens Low-Income Senior Discounted Rate

Solicitud de Tarifa con Descuento para Personas Mayores con de Bajos Ingresos de Hawaiian Gardens

Account Number / Número de Cuenta _____

Customer Name / Nombre del Cliente _____

Account Address / Dirección de la Cuenta _____

Phone Number / Número de Teléfono _____

Email Address / Dirección Electrónica _____

This account must remain in the name of the above Senior Citizen for the discount to remain in effect. **To receive this discount, all carts must be 64gallon in size.** This account is subject to annual review for accuracy.

Esta cuenta tiene que permanecer en el nombre de la Persona Mayor nombrada para que el descuento permanezca vigente. Para recibir este descuento, todos botes tienen que ser de 64galones. Esta cuenta está sujeta a revisión anual para garantizar su precisión.

MUST provide a copy of each of the following with this application:

TIENE QUE proporcionar una copia de cada uno de los siguientes con esta aplicación:

Item / Artículo	Criteria / Criterio
<input type="checkbox"/> Valid Identification / Identificación Valida	Proof of Age (65+) / Prueba de Edad (65+)
<input type="checkbox"/> Utility Bill, Lease, or other Documentation / Factura de servicios públicos, contrato de alquiler u otra documentación razonable	Proof of Residency / Prueba de Residencia
<input type="checkbox"/> Proof of CARE Benefit / Prueba de Beneficio del Programa CARE	Proof of Low Income Status / Prueba de Estado de Bajos Ingresos

I attest that the above Information is correct. Should any of the above information change, I or my representative will contact Waste Resources to update or close this account.

Doy fe de que la información anterior es correcta. Si alguna información cambia, yo o mi representante contactará a Waste Resources para actualizar o cerrar esta cuenta.

Name / Nombre _____

Signature / Firma _____

Date / Día _____

Return this application and **all** required documentation to:

*Devuelva esta solicitud y **toda** la documentación requerida a:*

By Mail: Waste Resources
Attn: Customer Service (HGSpSv)
P.O. Box 3697
Gardena, CA 90247

By Fax: 310-366-7606

By Email: hg@wasteresources.com

Rev. 4/2022