

División de Protección del Agua en el Sitio del Condado de Wake

Solicitud de reducción de tarifa por prueba de agua de pozo

Complete este formulario por AMBOS LADOS. El otro lado de este formulario debe ser certificado por un notario.

1. Nombre de la persona que solicita la prueba de agua de pozo (contacto principal): _____
2. Número de teléfono del contacto principal: _____
3. Dirección de correo electrónico del contacto principal: _____
4. Propietario del inmueble (si es distinto a la persona indicada anteriormente en el #1): _____
5. ____ (colocar iniciales) Entiendo que todos los resultados de la prueba de agua de pozo pueden ser proporcionados al propietario del inmueble y constituyen un registro público.
6. Dirección del inmueble donde está situado el pozo:

7. Dirección postal (si es distinta de la indicada anteriormente en el #6):

8. Por favor describa cualquier cerca, cerraduras, animales u otras consideraciones que puedan impedir el acceso al pozo para el muestreo:

El Condado Wake recomienda efectuar un paquete de pruebas que incluye bacterias coliformes, compuestos inorgánicos, compuestos orgánicos volátiles, pesticidas, radioactividad alfa bruta y beta bruta, uranio y radón en el agua.

9. Si aplica para la reducción de tarifa, deberá incluir junto con esta forma una declaración jurada 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.

10. Método de pago (marque uno)

- Cheque adjunto.
- Envíenme la factura para pagar en línea (crédito/débito) en el Portal de Permisos del Condado Wake (se requiere tener una cuenta).
- Llámenme para hablar sobre mis opciones.

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

Mediante mi firma a continuación, certifico que i) soy el legítimo ocupante de este inmueble, ii) estoy solicitando la obtención y el análisis de las muestras de agua de pozo que se describen en este formulario y iii) soy exclusivamente responsable de garantizar la accesibilidad al lugar. Autorizo a los representantes del Condado Wake a ingresar al lugar indicado con anterioridad a fin de obtener las muestras de agua solicitadas.

Firma: _____

Fecha: _____

Llene y envíe este formulario a:
Wake County Onsite Water Protection
Well Testing
P.O. Box 550
Raleigh NC, 27602

PARA USO DE LA OFICINA EXCLUSIVAMENTE:

Date received: _____

WS# created: _____

Discount:

50%

80%

DIVISIÓN DE PROTECCIÓN DEL AGUA EN EL SITIO DEL CONDADO DE WAKE
DECLARACIÓN JURADA EN LA CAUSA DE: Prueba de agua de pozo: Elegibilidad para obtener una reducción de tarifa según ingresos

_____, tras haber juramentado debidamente, declara y manifiesta:
 (Nombre del solicitante)

1. Soy/somos el/los ocupante(s) y/o propietario(s) del inmueble por lo general denominado _____, en el Condado Wake. (Dirección, Ciudad/Pueblo)
2. Soy el (colocar iniciales donde aplique): ___Propietario___ Inquilino___ Otro (especificar): _____
3. Solicito/solicitamos una reducción en la tarifa de la prueba de agua de pozo en el inmueble indicado con anterioridad.
4. Por medio de la presente, certifico/certificamos, bajo pena de perjurio, que los ingresos brutos de mi/nuestro grupo familiar para el año calendario **2026** (colocar iniciales donde aplique):

_____no superan el 250% de las pautas federales de pobreza actuales determinadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., como se indica a continuación.

_____son inferiores a las pautas federales de pobreza actuales determinadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., como se indica a continuación.

Pautas de pobreza de 2026 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia

Tamaño del grupo familiar (número de personas)	Pauta federal de pobreza (\$ por año)	250% de la pauta federal de pobreza (\$ por año)
1	15,960.00	39,900.00
2	21,640.00	54,100.00
3	27,320.00	68,300.00
4	33,000.00	82,500.00
5	38,680.00	96,700.00
6	44,360.00	110,900.00
7	50,040.00	125,100.00
8	55,720.00	139,300.00
9	61,400.00	153,500.00
10	67,080.00	167,700.00
11	72,760.00	181,900.00
12	78,440.00	196,100.00

5. Entiendo que estoy solicitando una reducción en la tarifa de la prueba de agua de pozo y que este proceso de calificación no sirve como calificación para ningún otro programa de asistencia. Entiendo que el Condado Wake puede exigir un comprobante de los ingresos del grupo familiar para verificar mi elegibilidad.
6. Entiendo que, en caso de haber tergiversado cualquier información en esta declaración, el costo total de la prueba debe ser devuelta al Condado Wake y, de no hacerlo, será una deuda cobrable.

Affiant further saith not.

 Signature and Printed Name Date

Sworn to and subscribed before me

this _____ day of _____, 2026.

 Notary Public

My commission expires: _____

(SEAL)