

# PLAN DE PAGO DE REGLAS PARA CLIMA FRÍO - Luz y Poder Municipal de Madelia

SU CUENTA DE SERVICIO Y ESTE PLAN DE PAGO DEBEN ESTAR A SU NOMBRE - SIN EXCEPCIONES 01/10/2026 - 30/04/2027

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| NOMBRE                          | FECHA             |
| DIRECCIÓN                       | MMLP CUENTA#      |
| NÚMERO DE TELÉFONO              | CANTIDAD ADEUDADA |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |                   |

Número de personas en tu hogar: \_\_\_\_\_ Ingreso anual total de TODAS las personas en tu hogar: \_\_\_\_\_  
¿Algún equipo médico en tu casa que necesite electricidad? ☐ no ☐ Sí - Lista: \_\_\_\_\_

¿Has solicitado asistencia energética o ayuda en crisis? Si no, llama a MVAC al 1-800-767-7139 o visita [www.mnvac.org](http://www.mnvac.org). Coloque una marca de ✓ junto al tipo de información de ingresos que ha incluido con esta solicitud para todas las personas en su hogar.

|                                                               |                                                    |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Recibos de nómina de los últimos 2 meses.                     | Directrices de Ingresos para Asistencia Energética |
| Una copia actual de tus beneficios por desempleo.             |                                                    |
| Estado de beneficios de pensión/jubilación                    |                                                    |
| Declaración de impuestos sobre la renta del año anterior      |                                                    |
| Carta del empleador en caso de despido o recorte de personal. |                                                    |
| MFIP                                                          |                                                    |
| Seguridad Social / Discapacidad de Seguridad Social           |                                                    |
| Asistencia General - todos los tipos                          |                                                    |
| Declaración de Asistencia Médica                              |                                                    |
| Otro - Por favor explica:                                     |                                                    |

| Número en el hogar | 1 mes bruto |
|--------------------|-------------|
| 1                  | \$ 3,205    |
| 2                  | \$ 4,191    |
| 3                  | \$ 5,177    |
| 4                  | \$ 6,164    |
| 5                  | \$ 7,150    |
| 6                  | \$ 8,136    |
| 7                  | \$ 8,321    |
| 8                  | \$ 8,506    |

Una solicitud sin copias de la información de ingresos estará incompleta y es posible que no estés protegido contra la desconexión.

|                            |     |                            |
|----------------------------|-----|----------------------------|
| Pago mínimo de \$50 al mes |     |                            |
| \$                         | por | _____ de octubre de 2026   |
| \$                         | por | _____ de noviembre de 2026 |
| \$                         | por | _____ de diciembre de 2026 |
| \$                         | por | _____ de enero de 2027     |
| \$                         | por | _____ de febrero de 2027   |
| \$                         | por | _____ de marzo de 2027     |
| \$                         | por | _____ de abril de 2027     |

**ACUERDOS DE PAGO (Incapacidad para Pagar):**  
**Propongo pagar mi saldo pendiente y las facturas futuras de acuerdo con el siguiente cronograma de pagos.**  
**Entiendo que, incluso si recibo fondos que pongan mi cuenta al día o tengo un saldo a favor, estoy obligado a cumplir con estos pagos durante la duración del acuerdo.**  
**No seguir estas instrucciones anulará este acuerdo y podré ser desconectado. También entiendo que cualquier saldo pendiente restante debe pagarse en su totalidad antes del 30 de abril.**  
\_\_\_\_\_ iniciales

La información en este formulario es verdadera y correcta. Autorizo a MMLP y a cualquier agencia de asistencia pública que me atienda a intercambiar información de facturación e ingresos, así como a cualquier tercero designado a continuación.

|       |       |
|-------|-------|
| FIRMA | FECHA |
|-------|-------|

**Notificación a Terceros - Si necesita ayuda para entender las notificaciones de desconexión de MMLP y desea que otra persona sea notificada de la posible desconexión de su servicio eléctrico, pídale que llene el siguiente formulario, lo firme y lo feche. Ellos no serán responsables de pagar su factura, pero pueden ponerse en contacto con nosotros con respecto a su cuenta y arreglos de pago.**

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| NOMBRE            | NÚMERO DE TELÉFONO |
| DIRECCIÓN         |                    |
| FIRMA DE TERCEROS | FECHA              |

DEVUELVA ESTA SOLICITUD Y LOS DOCUMENTOS DE INGRESOS A NUESTRO OFICINA DE NEGOCIOS EN 24 ABBOT AVE SW O PUEDEN ENVIARLO POR CORREO A: MMLP, 24 ABBOT AVE SW, MADELIA MN 56062. LLAME AL 507-642-8803 SI TIENE PREGUNTAS.