



**In Home Air Purifier Application
For Salton Sea Communities**
(Salton City, Vista del Mar, Salton Sea Beach, Desert Shores,
and Bombay Beach)



Complete and submit the attached application with supporting documentation to:

Imperial County Air Pollution Control District

Attn: Abigail Arballo

150 S 9th Street

El Centro, CA 92243

(442) 265-1800

abigailarballo@co.imperial.ca.us

Household Information (continued)

Estimated home square footage? _____ sq ft

Do you have a heating and cooling ventilation system (HVAC) at home?

Yes No

Demographics Information

(The following questions are optional)

Do you or anyone in your household suffer from respiratory related health issues such as asthma, heart or lung disease(s), etc?

Yes

No

Have you or someone you know experienced an asthma attack?

Yes

No

Is there anyone 65 years or older living in the residence?

Yes

No

Proof of residency must be submitted with an application. Acceptable forms include:

- Most recent utility bill (electric, water, or cable/internet bill)
- Must have the applicant's name and address on the document

I understand that if approved to receive an air purifier under this program, the device may not be returned for cash or store credit.

I understand that incentive programs have limited funds and ICAPCD has discretion to terminate applications upon depletion of program funds.

I certify that all the information provided in the application, including attachments submitted, are true and correct to the best of my knowledge. By signing this application, I have read, understand, and agree to comply with all requirements listed in this application.

Signature _____

Date _____

(This page is intentionally left blank)



**Aplicación de Purificador de Aire en el Hogar
Para las Comunidades de Salton Sea
(Salton City, Vista del Mar, Salton Sea Beach, Desert Shores, y
Bombay Beach)**



Complete y envíe la solicitud adjunta con la documentación de respaldo a:

Distrito de Control de la Contaminación del Aire del Condado Imperial

Attn: Abigail Arballo

150 S 9th Street

El Centro, CA 92243

(442) 265-1800

abigailarballo@co.imperial.ca.us

SOLO PARA USO DE OFICINA:

Información del Solicitante

Nombre del Solicitante _____

Telefono del Solicitante _____

Otro Telefono _____

Correo Electronico del Solicitante _____

Dirección de la calle _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Información del Hogar

Numero de personas en el hogar _____

Numero de personas menores de 18 años _____

Eres propietario o alquilas tu vivienda? Proprietario Alquilar

Ingresos familiares anuales? (USD) \$0 - \$50,000

\$50,000-\$100,000

Por encima de \$100,000

Información del Hogar (continuacion)

Pies cuadrados de la casa? (un estimado) _____ sq ft

Tiene un sistema de aire acondicionado (HVAC) en casa?

Si No

Información Demográfica

*(Las siguientes preguntas son opcionales) *

Usted o algún miembro de su hogar sufre de problemas de salud relacionados con las vías respiratorias, como asma, enfermedades cardíacas o pulmonares, etc.?

Si

No

Usted o alguien que conoce ha sufrido un ataque de asma?

Si

No

Hay alguien mayor de 65 años viviendo en la residencia?

Si

No

Es un requisito presentar un comprobante de residencia junto con la solicitud. Los formularios aceptables incluyen:

- Factura de servicios públicos más reciente (factura de electricidad, agua o cable/internet)
- Debe tener el nombre y la dirección del solicitante en el documento.

Entiendo que, si se me aprueba la recepción de un purificador de aire en virtud de este programa, el dispositivo no podrá devolverse a cambio de dinero en efectivo o crédito en la tienda.

Entiendo que los programas de incentivos tienen fondos limitados y que ICAPCD tiene la facultad de cancelar las solicitudes una vez que se agoten los fondos del programa.

Certifico que toda la información proporcionada en la solicitud, incluidos los anexos presentados, es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Al firmar esta solicitud, he leído, comprendido y acepto cumplir con todos los requisitos enumerados en esta solicitud.

Firma _____

Fecha _____