



INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE CARE / FERA

- El programa de **California Alternate Rates for Energy (CARE)** ofrece un descuento del 20% en la cuenta mensual de electricidad y gas a los hogares que califican.
- El programa de **Family Electric Rate Assistance (FERA)** proporciona ahorros sólo en la cuenta de electricidad a hogares de tres o más personas, de ingresos bajos y medianos.

PAUTAS DEL PROGRAMA

- La cuenta de PG&E debe estar a su nombre.
- Debe vivir en la dirección donde se recibirá el descuento.
- El solicitante no debe compartir el/los medidor(es) de energía con otro hogar.
- El solicitante no puede ser declarado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona que no sea su esposo(a).
- Los ingresos anuales del hogar no deben exceder las pautas de ingresos mencionadas en esta solicitud.
- Debe informar a PG&E si su hogar ya no reúne los requisitos para el descuento del programa de CARE / FERA.
- Los inquilinos con medidores "Sub-Metered" que pertenecen a parques de casas móviles, apartamentos o muelles para botes, deben llenar otro formulario llamado "Solicitud del Programa CARE / FERA para Inquilinos de Instalaciones Residenciales Sub-Metered". (Visite al propietario/administrador de su instalación para obtener el formulario 01-9285).

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS GRATUITOS PARA LOS QUE USTED PODRÍA CALIFICAR

- **LIHEAP** – Programa de Ayuda para el Pago de Energía para los Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP). Este es un programa que brinda asistencia con el pago de sus cuentas, asistencia de emergencia para el pago de sus cuentas, y servicios gratuitos para el ahorro de energía, a clientes que reúnan los requisitos. Para más información, llame al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) al 1-866-675-6623.
- **REACH** – Póngase en contacto con el Ejército de Salvación (Salvation Army) para recibir ayuda, por una sola vez, para el pago de sus cuentas de electricidad y gas. Llámelos al 1-800-933-9677.
- **Línea Médica Básica (Medical Baseline)** – Brinda servicios, por medio del pago de tarifas más bajas, a los clientes que tengan necesidades médicas comprobadas. Llame al 1-800-743-5000 para más información.
- **Socios en la Energía** – Ofrece consejos y servicios gratuitos sobre ahorros de energía a clientes que reúnan los requisitos. Llame al 1-800-989-9744 para más información.
- **Plan de Pagos Balanceados** – Comuníquese con Pacific Gas and Electric Company para investigar como puede uniformar sus pagos, de modo que pueda hacer un presupuesto para el pago de sus cuentas de electricidad y gas. Llame al 1-800-743-5000 para más información.
- **ULTS** – La Línea Universal de Servicio Telefónico le brinda acceso telefónico, a bajo precio, a aquellos clientes que reúnan requisitos similares a los del Programa CARE. Llame a su compañía local de teléfonos para más información.

Devuelva la solicitud llena a:

Pacific Gas and Electric Company
CARE / FERA Program
P. O. Box 7979
San Francisco, CA 94120-7979

CARE: ☎ **1-866-743-2273** Fax: ☎ 415-973-6419 www.pge.com/care

FERA: ☎ **1-800-743-5000** Fax: ☎ 415-973-6419 www.pge.com/fera

TDD/TTY 1-800-652-4712 para los sordomudos, de lunes a viernes, desde las 9 a.m. hasta las 11 p.m.

California Relay 1-800-735-2929 si no puede usar la línea TDD



1 INFORMACIÓN DEL CLIENTE: (por favor escriba a máquina o con letras de imprenta)

Número de cuenta del cliente:

(Su número de cuenta aparece en la primera página de la factura de PG&E)

Grid for account number with a dash in the last cell.

Nombre (Como aparece en la factura)

Número telefónico

Dirección del Hogar (No use P.O. Box)

Apartamento #

Ciudad

Código Postal

Dirección Postal, si tiene

(Llene sólo si su dirección postal es diferente a la que aparece arriba)

Apartamento #

Ciudad

Código Postal

Número de Personas en el hogar: Adultos _____ + Niños (menores de 18) _____ = _____

2a ELEGIBILIDAD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PUBLICA:

MARQUE todos los programas a que pertenece y **PASE** a la sección 3.

- Medi-Cal (menor de 65 años), Medi-Cal (65 años o más), Stampillas de Alimentos, TANF (AFDC), WIC, Healthy Families A & B, LIHEAP

Si no está inscrito en ninguno de los programas arriba indicados, **LLENE** la sección 2b

2b FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR:

MARQUE todas las fuentes de ingreso de la familia. Se le inscribirá en el programa de CARE o en el programa de FERA dependiendo de cuantas personas viven en el hogar y el monto de sus ingresos.

- Pagos de Pensiones, Sueldos y/o Salarios, Donaciones Escolares, Becas u Otros Tipos de Ayuda para Gastos de Subsistencia del hogar, SSI, SSP, SSDI, Compensación al Trabajador, Reclamaciones del Seguro, Intereses y/o Dividendos de: Cuentas de Ahorros, Ingresos provenientes de Rentas o Regalías, Reclamaciones Legales, Acciones y Bonos, o Ganancias de su Propio Negocio (Formulario de IRS, Schedule C, Línea 29), Pagos por Pensión Alimenticia a Hijos, Pagos por Pensión Conyugal, Cuentas de Jubilación, Pagos en Efectivo y/u Otros Ingresos

INGRESOS MÁXIMOS DEL HOGAR: (efectivo Junio 1, 2008 hasta Mayo 31, 2009)

Table with columns: Número de Personas en el Hogar, Ingresos Anuales Combinados (Antes de impuestos), CARE, FERA

Ingreso Total Anual del Hogar:

\$ [] [] , [] [] []

3 DECLARACIÓN: (Por favor lea y firme abajo)

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es correcta y verdadera. Estoy de acuerdo en proveer pruebas de mis ingresos, de ser necesario. Estoy de acuerdo en informar a Pacific Gas and Electric Company si mi situación financiera cambia y ya no califico para recibir dicho descuento. Comprendo que, si recibo el descuento sin calificar para el mismo, se me podría pedir que devuelva el monto total del descuento recibido. Comprendo que Pacific Gas and Electric Company podría compartir esta información con otras compañías de suministro de energía o sus agentes, para suscribirme en sus programas de ayuda.

X

Firma del Cliente

○ Marque aquí si es tutor o tiene carta de poder

Fecha