



INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE CARE/FERA

- El programa de **California Alternate Rates for Energy (CARE)** ofrece un descuento mensual en las cuentas de energía a los hogares que reúnan los requisitos de ingresos.
- El programa de **Family Electric Rate Assistance (FERA)** ofrece un descuento mensual en las cuentas de electricidad a los hogares de tres o más personas que reúnan los requisitos de ingresos.

REQUISITOS DEL PROGRAMA

1. La cuenta de energía del administrador de su parque debe estar a su nombre.
2. Debe vivir en la dirección donde se recibirá el descuento.
3. El solicitante no puede ser declarado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona que no sea su esposo(a).
4. El solicitante no debe compartir el medidor de energía con otro hogar.
5. Los ingresos anuales del hogar no deben exceder los requisitos de ingresos descritos en esta solicitud.
6. Debe informar a PG&E si su hogar ya no califica para el descuento del programa de CARE/FERA.
7. Después de su inscripción, podría ser seleccionado para que se verifiquen sus ingresos y deberá presentar pruebas de que su hogar califica para permanecer en este programa.
8. Usted tiene obligación de renovar su elegibilidad cada dos años (cuatro años si tiene ingresos fijos).

| REQUISITOS DE INGRESOS (válido hasta el 31 de mayo, 2012) | | |
|---|--|---------------------|
| Número de Personas en el Hogar | Ingreso Anual (antes de impuestos basado en fuentes de ingreso actual) | |
| | CARE | FERA |
| 1-2 | \$31,800 | No Aplica |
| 3 | \$37,400 | \$37,401 - \$46,800 |
| 4 | \$45,100 | \$45,101 - \$56,400 |
| 5 | \$52,800 | \$52,801 - \$66,000 |
| 6 | \$60,500 | \$60,501 - \$75,600 |
| Por cada persona adicional, agregue: | \$7,700 | \$7,700 - \$9,600 |

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS GRATUITOS PARA LOS QUE USTED PODRIA CALIFICAR

- **Energy Savings Assistance Program:** Ofrece a los inquilinos y a los propietarios de viviendas que reúnan los requisitos de ingresos, soluciones sencillas y gratuitas para ayudarles a manejar su consumo de energía y ahorrar dinero en sus facturas mensuales. Para más información, llame al 1-800-989-9744.



- **Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP):** Este es un programa que brinda ayuda o asistencia de emergencia con el pago de sus cuentas, y brinda servicios gratuitos para el ahorro de energía, a los clientes que reúnan los requisitos. Para más información, llame al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) al 1-866-675-6623.
- **Medical Baseline:** Los clientes residenciales que dependan de equipos de soporte vital y/o que tengan necesidades especiales relacionadas con la calefacción o el aire acondicionado debido a ciertos padecimientos médicos podrían reunir los requisitos para obtener más energía a un precio más bajo (baseline). Para más información, llame al 1-800-743-5000.
- **Universal Lifeline Telephone Service (ULTS):** La Línea Universal de Servicio Telefónico le brinda acceso telefónico, a bajo precio. Llame a su compañía local de teléfonos para más información.

PARA MAS INFORMACION

Envíe la aplicación completa a: Pacific Gas and Electric Company
CARE/FERA Program
P.O. Box 7979
San Francisco, CA 94120-7979

O envíela por fax al teléfono: 415-973-6419

CARE: 1-866-743-2273 <http://www.pge.com/care>

FERA: 1-800-743-5000 <http://www.pge.com/fera>

Email: CAREandFERA@pge.com

TDD/TTY: 1-800-652-4712

para los sordomudos, de lunes a viernes, 9:00 a.m. hasta las 11:00 p.m.

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

2A ELEGIBILIDAD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PUBLICA:

MARQUE todos los programas que usted o alguien en su hogar están recibiendo.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal (menor de 65 años) | <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o Tribal TANF |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal (65 años o más) | <input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP) |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) | <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance |
| <input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP (Estampillas de Alimentos) | <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Sólo Tribus Indígenas) |
| <input type="checkbox"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) | |
| <input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC) | |
| <input type="checkbox"/> Healthy Families A & B | |

2B ELEGIBILIDAD DE ACUERDO A LOS INGRESOS EN EL HOGAR:

MARQUE todas las fuentes de ingreso de la familia. Usted podría ser inscrito en el programa de CARE o en el programa de FERA dependiendo de cuántas personas vivan en el hogar y el monto de sus ingresos salariales.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pagos de Pensiones | <input type="checkbox"/> Beneficios por Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Pagos del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador o Pagos por Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> SSP, SSDI | <input type="checkbox"/> Donaciones Escolares, Becas u Otros Tipos de Ayuda para Gastos de Subsistencia del Hogar |
| <input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos de: Cuentas de Ahorros, Acciones, Bonos o Cuentas de Jubilación | <input type="checkbox"/> Reclamaciones al Seguro o Legales |
| <input type="checkbox"/> Sueldos y/o Ganancias de su Propio Negocio | <input type="checkbox"/> Pagos por Pensión Alimenticia a Hijos/Conyugal |
| <input type="checkbox"/> Ingresos Provenientes de Rentas o Regalías | <input type="checkbox"/> Pagos en Efectivo y/u Otros Ingresos |

3 DECLARACION: *(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 (PG&E) si mi situación financiera cambia y si 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 PG&E podría compartir esta información con otras compañías de suministro de energía o sus agentes, para inscribirme en sus programas de ayuda.

X _____

Firma del Cliente

Fecha

Marque aquí si es tutor o tiene carta de poder

For Internal Use Only

W