



**Gas Sample Form No. 01-9285**  
California Alternate Rates for Energy Program Application for Tenants of Sub-Metered Facilities

**Please Refer to Attached  
Sample Form**

Advice Letter No: 3019-G  
Decision No.

Issued by  
**Brian K. Cherry**  
Vice President  
Regulatory Relations

Date Filed May 14, 2009  
Effective June 1, 2009  
Resolution No. E-3524



**ABOUT THE CARE/FERA PROGRAM**

- **California Alternate Rates for Energy (CARE)** Program provides a monthly discount on energy bills for income qualified households.
- **Family Electric Rate Assistance (FERA)** Program provides a monthly discount on electric bills for income qualified households of three or more persons.

| Number of Persons in Household | Annual Income* |                     |
|--------------------------------|----------------|---------------------|
|                                | CARE           | FERA                |
| 1-2                            | \$30,500       | Not Eligible        |
| 3                              | \$35,800       | \$35,801 - \$44,800 |
| 4                              | \$43,200       | \$43,201 - \$54,000 |
| 5                              | \$50,600       | \$50,601 - \$63,200 |
| 6                              | \$58,000       | \$58,001 - \$72,400 |
| For Each Additional Person add | \$7,400        | \$7,400 - \$9,200   |

\* Before taxes based on current income sources

Valid until May 31, 2010

**PROGRAM GUIDELINES**

- The energy bill from your landlord must be in your name.
- You must live at the address where the discount will be received.
- You may not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- You may not share energy meter(s) with another home.
- Your household must meet the program income guidelines described in this application.
- You must notify PG&E if your household no longer qualifies for the CARE/FERA discount.
- PG&E will notify you when it is time for you to reapply, if you still qualify.

**OTHER PROGRAMS AND FREE SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR**

- **Energy Partners** - Free energy education and weatherization to income qualified customers. Call 1-800-989-9744 for more information.
- **LIHEAP** - Low Income Home Energy Assistance Program. Provides bill payment assistance, emergency bill assistance and weatherization services. Call the Department of Community Services and Development (CSD) at 1-866-675-6623 for more information.
- **Medical Baseline** - Provides services at the lowest rates to customers with documented needs. Call 1-800-PGE-5000 for more information.
- **ULTS** – Universal Lifeline Telephone Service provides discounted telephone access for customers meeting similar income guidelines as CARE. Contact your local telephone service provider for more information.

**Mail Completed Application to:**

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](http://www.pge.com/care)

FERA: ☎ **1-800-743-5000** Fax: ☎ 415-973-6419 [www.pge.com/fera](http://www.pge.com/fera)

[CAREandFERA@pge.com](mailto:CAREandFERA@pge.com)

**TDD/TTY 1-800-652-4712** for Speech/Hearing-Impaired, Monday – Friday 9:00 a.m. – 11:00 p.m.

**California Relay 1-800-735-2929** if you can not utilize the TDD line



**INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE CARE/FERA**

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

| Número de Personas en el Hogar       | Ingreso Anual* |                     |
|--------------------------------------|----------------|---------------------|
|                                      | CARE           | FERA                |
| 1-2                                  | \$30,500       | No Aplica           |
| 3                                    | \$35,800       | \$35,801 - \$44,800 |
| 4                                    | \$43,200       | \$43,201 - \$54,000 |
| 5                                    | \$50,600       | \$50,601 - \$63,200 |
| 6                                    | \$58,000       | \$58,001 - \$72,400 |
| Por cada persona adicional, agregue: | \$7,400        | \$7,400 - \$9,200   |

\* Antes de los impuestos basado en las fuentes de su ingreso actual

Válido hasta el 31 de Mayo, 2010

**REQUISITOS DEL PROGRAMA**

- La cuenta de energía del administrador de su Mobile Home Park debe estar a su nombre.
- Debe vivir en la dirección donde se recibirá el descuento.
- El solicitante no puede ser declarado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona que no sea su esposo(a).
- El solicitante no debe compartir el(los) medidor(es) de energía con otro hogar.
- Los ingresos anuales del hogar no deben exceder de los requisitos de ingresos descritos en esta solicitud.
- Debe informar a PG&E si su hogar ya no califica para el descuento del programa de CARE/FERA.
- PG&E le informará cuando debe volver a re-inscribirse, si es que todavía califica para el programa.

**OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS GRATUITOS PARA LOS QUE USTED PODRIA CALIFICAR**

- **Socios en la Energía** – Ofrece consejos y servicios gratuitos sobre ahorros de energía a los clientes que reúnan los requisitos. Llame al 1-800-989-9744 para más información.
- **LIHEAP** – Programa de Ayuda para el Pago de Energía para los Hogares de Bajos Ingresos (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.
- **Línea Médica Básica (Medical Baseline)** – Brinda servicios, por medio del pago de tarifas más bajas, a los clientes que estén en condiciones médicas comprobadas. 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.

**Envíe la aplicación completa 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](http://www.pge.com/care)

FERA: ☎ **1-800-743-5000** Fax: ☎ 415-973-6419 [www.pge.com/fera](http://www.pge.com/fera)

[CAREandFERA@pge.com](mailto: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



**1** **MANAGER / FACILITY INFORMATION:** *(please print clearly)*

Mobile Home Park/Other Sub-Metered Facilities Name \_\_\_\_\_

Mobile Home Park/Other Sub-Metered Facilities Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

PG&E Account Number: \_\_\_\_\_

Electricity

Grid for Electricity account number: 10 digits, last digit in a shaded box.

Gas

Grid for Gas account number: 10 digits, last digit in a shaded box.

Manager or Landlord Name \_\_\_\_\_

Telephone Number (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Manager or Landlord Mailing Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

Applicant Status

ADD NEW

DROP

RE-CERTIFY

MOVE TO DIFFERENT SPACE

**2** **TENANT INFORMATION:** *(please print clearly)*

Name *(As it appears on your energy bill)* \_\_\_\_\_

Telephone Number (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Home Address *(Do NOT use a P.O. Box)* \_\_\_\_\_

Unit # \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

Mailing Address *(If different from the above address)* \_\_\_\_\_

Unit # \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

Number of Persons in Household: Adults \_\_\_\_\_ + Children (under 18) \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

**3A** **PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY:**

CHECK all programs you participate in, then GO TO section 4.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (under age 65)    | <input type="checkbox"/> LIHEAP                 | <input type="checkbox"/> NSL FREE Lunch Program                      |
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over) | <input type="checkbox"/> WIC                    | <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance |
| <input type="checkbox"/> SSI                                 | <input type="checkbox"/> Healthy Families A & B | <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal Only)    |
| <input type="checkbox"/> Food Stamps/SNAP                    | <input type="checkbox"/> TANF or Tribal TANF    |  |

If you do not participate in any of the above programs, GO TO section 3B

**3B** **HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY:** *(skip if you filled out section 3A)*

CHECK all sources of household income. You will be enrolled in either the CARE or FERA Program depending on your household size and income.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pensions   | <input type="checkbox"/> Wages and/or Profits from Self-Employment   | <input type="checkbox"/> Scholarships, Grants or other aid for living expenses |
| <input type="checkbox"/> Social Security  | <input type="checkbox"/> Rental or Royalty Income                    | <input type="checkbox"/> Insurance or Legal Settlements                        |
| <input type="checkbox"/> SSP or SSDI  | <input type="checkbox"/> Unemployment Benefits                       | <input type="checkbox"/> Spousal or Child Support                              |
| <input type="checkbox"/> Interests/Dividends from: Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts | <input type="checkbox"/> Disability or Workers Compensation Payments | <input type="checkbox"/> Cash and/or Other Income                              |

Total Annual Household Income: \$ [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]

**4** **DECLARATION:** *(please read and sign below)*

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform Pacific Gas and Electric Company if I no longer qualify to receive the discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that Pacific Gas and Electric Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

**X** \_\_\_\_\_  
Signature  fill in circle if guardian or power of attorney Date

For Internal Use Only



1 INFORMACION DEL ADMINISTRADOR O PROPIETARIO: (por favor escriba a máquina o con letras de imprenta)

Nombre del Mobile Home Park/ o Nombre de otros locales con Sub-medidores

Dirección del Mobile Home Park/ ú otras Direcciones de locales con Sub-medidores Ciudad Código Postal
Número de Cuenta Electricidad Gas

Nombre del Administrador o Propietario Número telefónico

Dirección del Administrador o Propietario Ciudad Código Postal

Situación del solicitante: NUEVO CANCELO EL PROGRAMA RE-INSCRIPCION SE MUDO A OTRO ESPACIO

2 INFORMACION DEL INQUILINO: (por favor escriba a máquina o con letras de imprenta)

Nombre (Como aparece en la cuenta) Número telefónico

Dirección del Hogar (No use P.O. Box) Apartamento # Ciudad Código Postal

Dirección Postal, si tiene Apartamento # Ciudad Código Postal (Llene sólo si su dirección postal es diferente a la que aparece arriba)

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

3A ELEGIBILIDAD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PUBLICA:

MARQUE todos los programas a que pertenece y PASE a la sección 4.

- Medicaid/Medi-Cal (menor de 65 años) LIHEAP NSL FREE Lunch Program
Medicaid/Medi-Cal (65 años o más) WIC Bureau of Indian Affairs General Assistance
SSI Healthy Families A & B Head Start Income Eligible (Sólo Tribus Indígenas)
Estampillas de Alimentos/SNAP TANF o Tribal TANF

Si no está inscrito en ninguno de los programas arriba indicados, PASE a la sección 3B

3B 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 vivan en el hogar y el monto de sus ingresos salariales.

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

Ingreso Bruto Anual del Hogar: \$

4 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 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 Pacific Gas and Electric Company podría compartir esta información con otras compañías de suministro de energía o sus agentes, para inscribirme en sus programas de ayuda.

Firma del Cliente Fecha

For Internal Use Only

Marque aquí si es tutor o tiene carta de poder