



**Gas Sample Form No. 62-0673**  
California Alternate Rates for Energy Program Application for Tenants of Sub-Metered Facilities (English/Vietnamese)

**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



## CHƯƠNG TRÌNH CARE/FERA

- Chương trình CARE giảm giá hàng tháng trên hóa đơn năng lượng cho những gia đình hội đủ tiêu chuẩn về lợi tức.
- Chương trình FERA giảm giá hàng tháng trên hóa đơn điện cho những gia đình hội đủ tiêu chuẩn về lợi tức có từ ba người trở lên.

Số Người trong Gia Đình	Lợi Tức Hàng Năm*	
	CARE	FERA
1-2	\$30,500	Không đủ tiêu chuẩn
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
Mỗi người thêm sau đó	\$7,400	\$7,400 - \$9,200

\* Trước khi trừ thuế dựa theo các nguồn lợi tức hiện có

Có hiệu lực đến ngày 31 tháng Năm, 2010

## NHỮNG CHỈ DẪN CỦA CHƯƠNG TRÌNH

- Hóa đơn năng lượng từ chủ nhà của quý vị phải có tên của quý vị.
- Quý vị phải cư ngụ tại địa chỉ nơi sẽ được nhận giảm giá.
- Quý vị không được một người khác khai là người phụ thuộc trên mẫu thuế ngoại trừ người phối ngẫu.
- Quý vị không được dùng chung (các) đồng hồ đo năng lượng với một ngôi nhà khác.
- Lợi tức của gia đình quý vị phải đáp ứng với mức lợi tức qui định của chương trình được ghi trong đơn này.
- Quý vị phải thông báo cho PG&E nếu gia đình quý vị không còn hội đủ điều kiện để được nhận giảm giá CARE/FERA.
- PG&E sẽ báo cho quý vị biết khi nào quý vị cần phải nộp đơn lại, nếu quý vị vẫn còn hội đủ điều kiện.

## NHỮNG CHƯƠNG TRÌNH VÀ DỊCH VỤ MIỄN PHÍ KHÁC MÀ QUÝ VỊ CÓ THỂ HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

- **Energy Partners** - Dịch vụ hướng dẫn về năng lượng và phòng chống thời tiết miễn phí cho khách hàng hội đủ điều kiện về lợi tức. Xin gọi số 1-800-989-9744 để biết thêm chi tiết.
- **LIHEAP** – Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng cho Gia Cư có Lợi Tức Thấp. Trợ giúp trả hóa đơn, trợ giúp trả hóa đơn khẩn cấp, và cung ứng những dịch vụ chống thời tiết khắc nghiệt. Xin gọi Sở Dịch Vụ và Phát Triển Cộng Đồng (CSD) ở số 1-866-675-6623 để biết thêm chi tiết.
- **Medical Baseline** – Cung cấp dịch vụ với giá thấp nhất cho những khách hàng với những nhu cầu có giấy tờ chứng nhận. Xin gọi số 1-800-PGE-5000 để biết thêm chi tiết.
- **ULTS** - Dịch vụ điện thoại Universal Lifeline giảm giá điện thoại cho những khách hàng hội đủ cùng những điều kiện lợi tức như chương trình CARE. Xin liên lạc hãng điện thoại "local" của quý vị để biết thêm chi tiết.

Gởi đơn đã điền về: 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

**TDD/TTY 1-800-652-4712**

dành cho người khiếm thanh/khiếm thính, Thứ Hai - Thứ Sáu 9:00 giờ sáng – 11:00 giờ tối

**California Relay 1-800-735-2929** nếu quý vị không thể sử dụng đường dây 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 account number: 12 boxes, last box contains a dash.

Gas

Grid for account number: 12 boxes, last box contains a dash.

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

