



Gas Sample Form No. 62-0919
California Alternate Rates for Energy Program Residential Single-Family Customers
Pre-Printed Application

**Please Refer to Attached
Sample Form**



1 CUSTOMER INFORMATION:

Telephone: (____)_____

Number of Persons in Household:

Adults____ + Children (under 18)____ = ____

Total Annual Household Income:

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

2A PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY:

CHECK all programs you or someone in your household participate in.

- Medicaid/Medi-Cal (under age 65), Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over), Supplemental Security Income (SSI), CalFresh/SNAP (Food Stamps), Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP), Women, Infants and Children (WIC), Healthy Families A & B, CalWORKs (TANF) or Tribal TANF, National School Lunch Program (NSLP), Bureau of Indian Affairs General Assistance, Head Start Income Eligible (Tribal Only)

2B HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY:

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

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

3 DECLARATION: (please read and sign)

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 (PG&E) 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 PG&E can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

X _____ Date

For Internal Use Only

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

Or fax completed application to: 415-973-6419



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

Número de Cuenta de PG&E:

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

_____-____

(____)

Nombre (Como aparece en la factura)

Teléfono

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

Dirección Postal, si tiene **Departamento #** **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)** _____ = _____

Ingreso Total Anual del Hogar: \$ _____, _____

2A ELEGIBILIDAD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PUBLICA:

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

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

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

For Internal Use Only

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