



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA
Cientes residenciales

Forma 79-1052

Ahorre 30%* o más en su factura mensual de PG&E

La manera de cobrar la energía a los californianos está cambiando. Infórmese†.

California Alternate Rates for Energy (CARE)
pge.com/care-es • 1-866-743-2273

El Programa CARE ofrece un descuento mensual en las facturas de PG&E a hogares que cumplen con los requisitos. Usted puede inscribirse:

- Marcando todos los programas de asistencia pública calificados por los que usted o alguien en su hogar recibe beneficios, **0**
- Marcando la casilla que coincide con el ingreso bruto total anual del hogar.**

Otras calificaciones incluyen que:

- Su consumo eléctrico mensual no exceda seis veces lo permitido por el Nivel 1.
- Usted no sea reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea su esposo(a).
- Usted no comparta el medidor de energía con otra vivienda.
- Usted renovará su elegibilidad por lo menos cada dos años.

*Los clientes CARE de gas y electricidad pueden ahorrar hasta un 30 por ciento, mientras que los clientes CARE de gas solo, pueden ahorrar hasta un 20 por ciento.

†Información de cambios de tarifas en pge.com/ratechanges-es

Family Electric Rate Assistance (FERA)

pge.com/fera-es
 1-800-743-5000

Si usted no cumple con los requisitos para el Programa CARE, tal vez califique para el Programa FERA, que ofrece un descuento en las facturas mensuales de electricidad a familias de tres o más personas que reciban un ingreso ligeramente más alto que el requerido para CARE.

Vea los requisitos de ingreso de FERA que incluimos en esta tabla para ver si cumple con los requisitos e inscribese completando la solicitud incluida.

Cómo puede inscribirse

Internet: Solicite por Internet para inscribirse más rápidamente visitando pge.com/care-es

Teléfono: Inscribese llamando al 1-866-743-2273

Email: Saque una foto o escanee su solicitud completa y envíe la imagen a CAREandFERA@pge.com

Fax: Envíe la solicitud completa al 1-877-302-7563

Correo: Envíe la solicitud completa a **CARE/FERA Program**
 P.O. Box 7979
 San Francisco, CA
 94120-7979

¿Discapacidad auditiva o del habla? TDD/TTY disponible llamando al 1-800-652-4712 (lunes a viernes de 9 a.m. a 11 p.m.).

¿No puede usar la línea TDD? Llame al 1-800-735-2929.

Requisitos de ingreso CARE/FERA (válido hasta el 31 de mayo, 2017)

Número de personas en el hogar	Ingreso bruto total anual del hogar**	
	CARE	FERA
1-2	\$32,040 o menos	No es elegible
3	\$40,320 o menos	\$40,321-\$50,400
4	\$48,600 o menos	\$48,601-\$60,750
5	\$56,880 o menos	\$56,881-\$71,100
6	\$65,160 o menos	\$65,161-\$81,450
7	\$73,460 o menos	\$73,461-\$91,825
8	\$81,780 o menos	\$81,781-\$102,225
Por cada persona adicional, añada	\$8,320	\$8,320-\$10,400

**El ingreso bruto total anual del hogar incluye todos los ingresos sujetos a impuestos y exentos de impuestos de todas las personas en el hogar, cualquiera sea su procedencia, incluido pero no limitado a: sueldos, salarios, intereses, dividendos, pagos por pensión alimenticia a hijos y cónyuge, pagos por asistencia pública, Seguro Social y pensiones, subsidios de vivienda y militar, ingreso proveniente de rentas, ingreso por trabajo autónomo y relativo a cualquier empleo, ingreso no pagado en efectivo.

Otros programas y servicios útiles

Energy Savings Assistance Program

pge.com/energysavings-es • 1-800-989-9744

Este programa provee de mejoras en el hogar relativas al uso eficiente de la energía y de electrodomésticos sin costo para aquellos clientes que cumplan con los requisitos para CARE y alquilan o son dueños de una vivienda construida

hace más de cinco años.

**Energy Savings
Assistance Program™**

My Account • pge.com/myaccount

Visite My Account en el sitio de PG&E y regístrese para recibir alertas de facturación y pagos, analizar el consumo de energía de su hogar, pagar sus facturas e informarse más acerca de sus opciones de plan de tarifas.

Balanced Payment Plan

pge.com/balancedpayment • 1-800-743-5000

Se basa en el promedio de su factura mensual para que usted maneje sus costos de energía, y elimine grandes variaciones de pago.

Medical Baseline • pge.com/medicalbaseline

Si debido a necesidades médicas usted depende de equipos de soporte vital o de otro tipo de equipos, usted podría ser elegible para obtener energía adicional al precio base más bajo a través del Programa Medical Baseline.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) • 1-866-675-6623

Si usted destina un alto porcentaje de su ingreso al pago de las facturas de energía, podría reunir las condiciones para recibir asistencia económica y servicios de aislamiento térmico a través de este programa administrado por el California Department of Community Services and Development.

Universal Lifeline Telephone Service (ULTS)

Obtenga acceso telefónico a bajo precio cuando reúna los requisitos de ingreso similares al Programa CARE. Para más información, contacte a su compañía local de teléfonos.



Por favor complete la información a continuación sobre usted y su hogar y luego la información en la Sección 2A 2B. Firme y ponga la fecha en esta solicitud y devuélvala a PG&E lo antes posible. **Si usted cumple con los requisitos, su descuento CARE o FERA aparecerá en la primera página de su próxima factura de PG&E.**

1

Usted y su hogar

																				-
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Su número de cuenta de PG&E (Encuéntrelo en la primera página de su factura de PG&E.)

Su nombre

(Use el nombre que aparece en su factura de PG&E, la cual debe estar en su nombre.)

La dirección de su hogar

Unidad#

(La dirección debe ser su residencia principal. NO utilice casilla de correo (P.O. Box).)

Ciudad/estado/código postal

Dirección de email

(Al escribir su dirección de email, usted autoriza que PG&E le envíe información de vez en cuando, en relación a servicios y programas de PG&E que podrían estar disponibles para usted.)

Número de teléfono preferido

Hogar Trabajo Móvil

Número de teléfono alternativo

Hogar Trabajo Móvil

¿Qué idioma prefiere para comunicaciones futuras de CARE y FERA? (Elija uno)

- Inglés Español Mandarín Cantonés Vietnamita
 Ruso Coreano Tagalo Hmong

¿Cuál es su método de comunicación preferido? (Elija uno)

- Correo Email Teléfono Texto (Podría haber cargos por mensaje y datos.)

Número de personas en el hogar en esta dirección:

Adultos **+ Niños** (menores de 18) **=**

2 Cumplimiento de los requisitos del hogar

Complete la Sección 2A **O** la Sección 2B. Usted no necesita completar ambas secciones. Usted será inscrito en el Programa CARE o FERA dependiendo del ingreso y tamaño de su hogar.

2A Programas de asistencia pública: Marque todos los programas en los que usted o alguien en su hogar participa.

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

Si usted marcó alguna de estas casillas, salte a la Sección 3.

0

2B Ingreso del hogar

Si usted no marcó ninguna de las casillas en la Sección 2A, por favor sume todos los ingresos de cada miembro del hogar y a continuación, marque la casilla que coincide con su ingreso bruto total anual. Por favor tenga en cuenta que los rangos de ingreso que listamos a continuación NO SON montos fijos incrementales, así que revise cuidadosamente cada rango de ingreso antes de seleccionar la casilla adecuada.

- Mi ingreso es fijo actualmente y recibo ingresos o beneficios de uno o más de lo siguiente: pensiones, Seguro Social, SSP o SSDI, intereses/dividendos de cuentas de retiro, Medicaid/Medi-Cal (65 años o más) o SSI.

El ingreso de mi hogar es:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> \$0-\$32,040 | <input type="checkbox"/> \$56,881-\$60,750 | <input type="checkbox"/> \$81,451-\$81,780 |
| <input type="checkbox"/> \$32,041-\$40,320 | <input type="checkbox"/> \$60,751-\$65,160 | <input type="checkbox"/> \$81,781-\$90,100 |
| <input type="checkbox"/> \$40,321-\$48,600 | <input type="checkbox"/> \$65,161-\$71,100 | <input type="checkbox"/> \$90,101-\$91,825 |
| <input type="checkbox"/> \$48,601-\$50,400 | <input type="checkbox"/> \$71,101-\$73,460 | <input type="checkbox"/> \$91,826-\$98,420 |
| <input type="checkbox"/> \$50,401-\$56,880 | <input type="checkbox"/> \$73,461-\$81,450 | <input type="checkbox"/> \$98,421-\$102,225 |
| | | <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ |

3**Su declaración**

Al firmar esta declaración, certifico que basado en el tamaño y el ingreso de mi hogar cumpla con los requisitos para el Programa CARE o FERA.

Reconozco que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud, y tendré oportunidad de hacer preguntas en cualquier momento.

También estoy de acuerdo con los siguientes términos y condiciones para permanecer elegible para el Programa CARE o FERA:

1. Notificaré a PG&E si mi hogar deja de cumplir con los requisitos para el descuento de CARE o FERA.
2. Entiendo que se me puede pedir que muestre pruebas de ingresos del hogar y para participar en el Programa Energy Savings Assistance.
3. Le permitiré a PG&E compartir mi información con otras compañías de servicios públicos o sus agentes, con el solo propósito de facilitar la inscripción a sus programas de asistencia.
4. Devolveré el monto del descuento si parte de la información provista anteriormente no fuera veraz.
5. La información que he facilitado es veraz y correcta.

X**Firma del cliente****Fecha**

Rellene el círculo si es tutor o tiene carta de poder.

FOR INTERNAL USE ONLY

W