



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA

Clientes residenciales con sub-medidor

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

Si su arrendador le factura directamente por el consumo de gas y electricidad, usted es considerado como un cliente con "sub-medidor". A pesar de que usted no es cliente directo de PG&E, usted podría calificar para programas que lo ayuden a reducir el monto de su factura de energía, incluyendo los Programas CARE y FERA.

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 esposa(a).
- Usted no comparta el medidor de energía con otra vivienda.
- Usted renovará su elegibilidad por lo menos cada dos años.

Usted necesitará que su arrendador o administrador complete la sección 1A de esta solicitud. Si su arrendador tiene preguntas, dígame que nos llame a la línea especial de "sub-medidores" al **415-972-5732**.

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

Número de personas en el hogar	Ingreso bruto total anual del hogar**
1-2	\$32,040 o menos
3	\$40,320 o menos
4	\$48,600 o menos
5	\$56,880 o menos
6	\$65,160 o menos
7	\$73,440 o menos
8	\$81,720 o menos
Por cada persona adicional, añada	\$8,320

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.

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

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

*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.
**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.

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

Cómo puede inscribirse

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

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™

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.

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.

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.

¿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**.



CARE/FERA PROGRAM APPLICATION

Sub-Metered Residential Customers

Form 01-9285

Please have your landlord or facility manager fill out Section 1A, while you fill out Section 1B about you and your household, and then complete EITHER Section 2A OR 2B. Sign and date this form, and return it to PG&E as soon as possible. **If you qualify, PG&E will notify you and your landlord or facility manager, who will pass the CARE or FERA discount along to you.**

1

1A Your Landlord and Facility

Applicant Status: ● ADD NEW ● DROP ● RENEW ● MOVE TO DIFFERENT SPACE

PG&E Account Numbers: Electricity Gas

Your Mobile Home Park/Facility Name _____

Your Mobile Home Park/Facility Address (City/State/Zip Code) _____

Your Landlord or Manager's Name _____

Preferred Phone Number Home Work Mobile

Your Landlord or Manager's Mailing Address (City/State/Zip Code) _____

Email _____

1B You and Your Household

Your Name (Use the name as it appears on the energy bill from your landlord, which must be in your name.) _____

Email (By entering your email address, you are authorizing PG&E to send you information from time to time regarding your PG&E utility service and PG&E programs and services that may be available to you.) _____

Your Home Address (Address must be your primary residence. Do NOT use a P.O. Box.) _____

Unit #/City/State/Zip Code _____

Mailing Address Unit #/City/State/Zip Code _____

Preferred Phone Number Home Work Mobile

What language do you prefer for future CARE and FERA communications? (Choose one)

English Spanish Mandarin Cantonese Vietnamese
 Russian Korean Tagalog Hmong

Alternative Phone Number Home Work Mobile

What is your preferred method of communication? (Choose one)

Mail Email Phone Text (Message and data rates may apply.)

Number of people in your household at this address:
Adults + **Children** =
(under 18)

2 Household Qualification

Fill out Section 2A OR Section 2B. You do not need to complete both sections. You will be enrolled in either the CARE or the FERA Program, depending on your household income and household size.

2A Public Assistance Programs

Check all the programs in which you, or someone in your household, participate.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
 Women, Infants, and Children (WIC)
 CalFresh/SNAP (Food stamps)
 CalWORKS (TANF) or Tribal TANF
 Head Start Income Eligible (Tribal only)
 Supplemental Security Income (SSI)

Medi-Cal for Families (Healthy Families A&B)
 National School Lunch Program (NSLP)
 Bureau of Indian Affairs General Assistance
 Medicaid/Medi-Cal (under age 65)
 Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over)

If you checked any of the boxes in this section, skip to Section 3.

OR

2B Household Income

If you did not check any of the boxes in Section 2A, please add up all the income from every household member and check the box below that matches your household's total annual gross income. Please note: The income ranges listed below ARE NOT fixed incremental amounts, so carefully review each income range before selecting the appropriate box.

I am currently on a fixed income and receive income or benefits from one or more of the following: pensions, Social Security, SSP or SSDI, interest/dividends from retirement accounts, Medicaid/ Medi-Cal (age 65 and over) or SSI.

My household income is:

\$0-\$32,040

\$50,401-\$56,880

\$71,101-\$73,460

\$90,101-\$91,825

\$32,041-\$40,320

\$56,881-\$60,750

\$73,461-\$81,450

\$91,826-\$98,420

\$40,321-\$48,600

\$60,751-\$65,160

\$81,451-\$81,780

\$98,421-\$102,225

\$48,601-\$50,400

\$65,161-\$71,100

\$81,781-\$90,100

Other \$ _____

3 Your Declaration

By signing this declaration, I certify that based on my household size and income I qualify for either the CARE or the FERA Program.

I acknowledge that I have read and understood the contents of this application, and will have the opportunity to ask questions at any time.

I also agree to the following program terms and conditions in order to remain eligible for the CARE or the FERA Program:

1. I will notify PG&E if my household is no longer eligible for the CARE or FERA discount.
2. I understand I may be required to provide proof of household income and to participate in the Energy Savings Assistance Program.
3. I will allow PG&E to share my information with other utilities or their agents, for the sole purpose of facilitating enrollment in their assistance programs.
4. I will pay back the discount if any of the information provided above is untrue.
5. The information I have provided here is true and correct.

X

Customer Signature

Fill in circle if you are a guardian or you have power of attorney.

Date _____

FOR INTERNAL USE ONLY

W