



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA
Cientes 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 esposo(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**.

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 aquí para ver si cumple con los requisitos e inscribese completando la solicitud incluida.

*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

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

¿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, añadida	\$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 ProgramSM

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.

**Cientes residenciales con sub-medidor**

Por favor, pídale a su arrendador o a su administrador que complete la sección 1A. Usted complete la sección 1B relativa a usted y a su hogar, y luego complete YA SEA la sección 2A **o** la 2B. Firme y ponga la fecha en esta solicitud y envíela a PG&E lo antes posible. **Si usted cumple con los requisitos, PG&E le notificará a usted y a su arrendador o a su administrador, quien le transferirá el descuento CARE o FERA.**

Situación del solicitante: NUEVO CANCELÓ EL PROGRAMA
 RE-INSCRIPCIÓN SE MUDÓ A OTRO LUGAR

1 1A Su arrendador y su residencia

Números de cuenta de PG&E:

-

Electricidad

-

Gas

Nombre de su parque de casas móviles/residencia

Dirección de su parque de casas móviles/residencia

Ciudad/Estado/Código postal

Nombre de su arrendador o administrador

Dirección de su arrendador o administrador

Ciudad/Estado/Código postal

Dirección de email

Número de teléfono preferido Casa Trabajo Móvil

1B Usted y su hogar

Su nombre

(Como aparece en la factura de energía de su arrendador, la cual debe estar a su nombre.)

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

Ciudad/Estado/Código postal

Su dirección postal

Unidad #

Ciudad/Estado/Código postal

Su 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

Casa Trabajo Móvil

Número de teléfono alternativo

Casa Trabajo Móvil

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

Inglés Español Mandarín Cantonés Vietnamita
 Ruso Coreano Tagalo Hmong

¿Qué idioma prefiere para comunicaciones futuras de CARE y FERA?

(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