



PG&E CARE Program  
P.O. Box 7979  
San Francisco, CA 94120-7979

00 de Mes, 2017

**SE NECESITA RESPUESTA URGENTE**  
**Se requiere un comprobante de**  
**verificación de ingresos de su hogar.**

«Customer Name»  
«Customer Name2»  
«Mailing Address2»  
«Mailing City, State Zip»

**ASUNTO: Número de cuenta <account number>**

**Estimado(a) «Customer Name»:**

Como miembro del programa California Alternate Rates for Energy (CARE), usted actualmente recibe un descuento mensual de al menos 20 por ciento o más en su factura de energía.

La Comisión de Servicios Públicos de California (CPUC) requiere documentación adicional por parte de los clientes que tengan un consumo eléctrico superior al 400 por ciento de su límite de consumo básico en cualquier ciclo mensual de facturación. Nos comunicamos con usted debido a que el consumo eléctrico de su hogar durante el mes pasado excedió el 400 por ciento de su límite permitido.\* Como resultado, usted seguramente vio un High Usage Surcharge (Recargo por Consumo Elevado) en su último estado de cuenta de consumo de energía. Asimismo, ahora es necesario que usted realice el proceso de verificación de Uso Elevado del Programa CARE.

**Para seguir recibiendo su descuento del Programa CARE, debe proporcionar la siguiente documentación de todos los adultos que viven en su hogar dentro del periodo de 45 días posteriores a la fecha de esta carta:**

- 1. Transcripción de su Declaración de Impuestos o Verificación de No Presentación del IRS**
- 2. Formulario de Consumo Elevado del Programa CARE (Llene el formulario adjunto.)**

En el reverso de esta carta hemos detallado lo que usted debe enviarnos. Además, le recomendamos solicitarle al IRS sus documentos hoy mismo pues la tramitación de dichos documentos puede tomar más de 10 días hábiles.

Si usted depende de un equipo de soporte vital o de otro equipo debido a necesidades médicas, podría reunir los requisitos para recibir energía adicional al precio más bajo a través del programa Medical Baseline. Obtenga información adicional en [pge.com/medicalbaseline](http://pge.com/medicalbaseline) o llame al **1-800-743-5000** para recibir asistencia.

Ingrese a [pge.com](http://pge.com) a fin de encontrar herramientas que le pueden ayudar a administrar su consumo mensual de energía. También puede consultar la última página de este paquete a fin de ver una lista de sugerencias para ahorrar energía.

Por favor póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta llamando al **1-866-743-5832** o envíe un email a [careprogram@pge.com](mailto:careprogram@pge.com).

Atentamente,  
Sus socios en PG&E

Para obtener en letras grandes en inglés o en versiones en español, sa Tagalog, 中文, Việt, 한국어, Hmong o Россия, visite [pge.com/carepev](http://pge.com/carepev) bajo "Additional Resources" (Recursos Adicionales).

\*"Límite de consumo" se refiere al Nivel 1 o cantidad básica, que es la cantidad de energía suministrada a los clientes residenciales de electricidad y gas natural para sus necesidades básicas de energía, al menor costo. Su límite de consumo varía según la temporada, la zona climática y la fuente de calor. Su información básica se detalla en la sección "Charges" de la página 3 de su factura de PG&E.



PG&E CARE Program  
P.O. Box 7979  
San Francisco, CA 94120-7979

Nombre del Cliente _____		
Dirección _____	Ciudad _____	Código Postal _____
Número de cuenta (indicada en la parte superior de esta carta) _____		
Email (opcional) _____	Teléfono _____	
Al ingresar su dirección de email, usted autoriza a PG&E a ocasionalmente enviarle información acerca de su servicio de PG&E y de los programas y servicios de PG&E que usted podría tener a su disposición.		

## Formulario de Consumo Elevado del Programa California Alternate Rates for Energy (CARE)

### 2A Verificación de Consumo Elevado

Nombre de cada uno de los adultos que viven en su hogar (inclúyase a sí mismo)*	Impuestos presentados
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Número de personas que viven en su hogar:</b> <b>Adultos</b> _____ <b>Niños</b> (menores de 18 años) _____	<b>Sí = Transcripción del IRS</b> <b>No = Verificación de No declaración de impuestos</b>

**Declaración:** Reconozco que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud y que tendré la oportunidad de hacer preguntas en cualquier momento. Asimismo, convengo en respetar los términos y condiciones del programa a fin de seguir reuniendo los requisitos del programa CARE. Notificaré a PG&E si mi hogar deja de reunir los requisitos para recibir el descuento del programa CARE. Comprendo que yo podría estar obligado a proporcionar un comprobante de ingresos del hogar y también a participar en el Energy Savings Assistance Program. Le permitiré a PG&E divulgar mi información a agencias municipales, estatales o federales, y/u otras agencias de servicios públicos o sus agentes, con el exclusivo fin de facilitar la inscripción en sus programas de asistencia. Reembolsaré el descuento si cualquiera de la información proporcionada anteriormente es falsa. La información que he suministrado es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Marque únicamente si ya no reúne los requisitos o si no desea participar en el programa CARE, y firme aquí.

\*Liste cualquier miembro adicional en otra hoja.

### 2B Participación en el Energy Savings Assistance Program

Al presentar el Formulario de Consumo Elevado del Programa CARE (CARE High Usage Form) usted conviene en cumplir con su participación en el Energy Savings Assistance Program. El Energy Savings Assistance Program proporciona mejoras al hogar y aparatos domésticos de eficiencia energética sin costo alguno a los clientes que cumplen los requisitos del programa CARE y que alquilan o son propietarios de una vivienda que tiene un mínimo de cinco años de antigüedad. Es necesario completar el Energy Savings Assistance Program para permanecer en el programa CARE.

Para empezar de inmediato inscríbese en [pge.com/energysavings](http://pge.com/energysavings) o llame al **1-800-933-9555**.