



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

00 Месяц 2017

## СРОЧНО ТРЕБУЕТСЯ ОТВЕТ Требуется подтверждение дохода семьи.

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

По вопросу: номер счета <account number>

Уважаемый(-ая) «Customer Name»!

Являясь участником программы California Alternate Rates for Energy (CARE), Вы в настоящее время получаете ежемесячную скидку в размере 20% или более на оплату электроэнергии.

Комиссия по коммунальному обслуживанию штата Калифорния (California Public Utilities Commission, CPUC) требует дополнительные документы от потребителей с расходом электроэнергии, превышающим базовую квоту более чем на 400% в любой из ежемесячных расчетных периодов. Мы обращаемся к Вам в связи с тем, что за последний месяц Ваш расход электроэнергии превысил квоту более чем на 400%.\* Поэтому в Ваш последний счет за электроэнергию была включена High Usage Surcharge (доплата за высокий расход энергии). Кроме того, Вам необходимо пройти процесс подтверждения высокого расхода энергии программы CARE (CARE Program High Usage).

**Чтобы продолжать получать скидку по программе CARE, Вы должны предоставить следующие документы для всех взрослых членов семьи в течение 45 дней с даты, указанной в этом письме:**

1. **Выписку из налоговой декларации или подтверждение неподачи декларации** из Налогового управления (IRS)
2. **Форму программы CARE при высоком потреблении энергии** (Заполните прилагающийся бланк)

На обратной стороне этого письма подробно указано, какие документы нужно предоставить. Кроме того, мы рекомендуем Вам запросить документы из Налогового управления (IRS) прямо сегодня, так как обработка документов может занять более 10 рабочих дней.

Если Вы зависите от оборудования для жизнеобеспечения по медицинским причинам, Вы можете иметь право на дополнительный расход энергии по самой низкой цене в рамках программы Medical Baseline. Узнайте подробности на сайте [pge.com/medicalbaseline](http://pge.com/medicalbaseline) или позвоните по телефону поддержки **1-800-743-5000**.

Зайдите на сайт [pge.com](http://pge.com), чтобы посмотреть способы и рекомендации по управлению ежемесячным расходом энергии. Кроме того, на последней странице этого пакета документов находится список советов по экономии энергии.

Если у Вас есть вопросы, обращайтесь к нам по телефону **1-866-743-5832** или электронной почте [careprogram@pge.com](mailto:careprogram@pge.com).

С уважением,  
Ваши партнеры в PG&E

Для крупной печати документа на английском языке или версий en español, sa Tagalog, 中文, Việt, 한국어, Hmong или на русском языке, зайдите в раздел Additional Resources («Дополнительные ресурсы») на сайте [pge.com/carepev](http://pge.com/carepev).

\*«квота» относится к стандарту 1-го уровня или базовому, то есть это количество энергии, доставляемой индивидуальным потребителям электроэнергии и природного газа по наименьшей стоимости для удовлетворения базовых энергетических потребностей. Ваша квота зависит от сезона, климатической зоны и источника тепла. Ваша базовая информация находится в разделе Charges («К оплате») на третьей странице Вашего счета PG&E.



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

|   |       |                 |
|---|-------|-----------------|
| Полное имя клиента                          |       |                 |
| Адрес                                       | Город | Почтовый индекс |
| Номер счета (указан в верхней части письма) |       |                 |
| Эл. почта (необязательно)                   |       | Телефон         |

Добавляя адрес своей электронной почты, Вы разрешаете PG&E время от времени посылать Вам информацию, касающуюся коммунальных услуг, предоставляемых Вам PG&E, а также программ и услуг, которые могут быть Вам предоставлены.

## Форма программы альтернативных тарифов на энергию штата Калифорния (California Alternate Rates for Energy Program; CARE) при высоком потреблении

| 2A Подтверждение высокого расхода энергии  |  |
|--|--|
| ФИО каждого взрослого члена семьи (включая Вас)*   | Налоговая декларация подана  |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
|  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет                         |
| Количество человек, проживающих в Вашем доме: Взрослые _____ Дети (до 18 лет) _____  | Да = выписка из налоговой декларации<br>Нет = подтверждение неподдачи декларации |
| <p><b>Заявление:</b> Я признаю, что прочел(-ла) и понял(-ла) содержание этой заявки и что у меня будет возможность задавать вопросы в любое время. Кроме того, я соглашаюсь со следующими положениями и условиями, чтобы сохранить свое право на участие в программе CARE. Я уведомлю PG&amp;E, если доход моей семьи перестанет соответствовать критериям получения скидки по программе CARE. Я понимаю, что от меня могут потребовать доказательств дохода семьи, а также участия в Energy Savings Assistance Program. Я разрешаю PG&amp;E передавать мою информацию муниципальным, государственным или федеральным организациям и/или другим коммунальным предприятиям или их агентам, с исключительной целью облегчения регистрации в их программах содействия. Если какие-либо из представленных выше данных неверны, я возмещу стоимость предоставленной скидки. Предоставленная мной информация достоверна и правильна.</p> |  |
| Подпись _____  | Дата _____   |
| <input type="checkbox"/> Поставьте галочку только в случае, если Вы больше не имеете права на участие или не желаете участвовать в программе CARE, и подпишитесь здесь. _____  |  |

\*Перечислите дополнительных членов семьи на отдельном листке бумаги.

| 2B Участие в программе Energy Savings Assistance Program   |
|--|
| <p>Подавая подписанную форму при высоком потреблении энергии программы CARE, Вы соглашаетесь следовать условиям участия в Energy Savings Assistance Program. Программа Energy Savings Assistance Program предлагает бесплатное улучшение жилищных условий и оборудование с целью уменьшения энергозатрат потребителям, которые имеют право на участие в программе CARE и являются нанимателями или собственниками жилого помещения, которому не менее пяти лет. Чтобы продолжить участие в программе CARE, необходимо выполнить условия программы Energy Savings Assistance Program.</p> |

Чтобы начать немедленно, зарегистрируйтесь на сайте [pge.com/energysavings](http://pge.com/energysavings) или позвоните по номеру **1-800-933-9555**.