



CARE/FERA PROGRAM APPLICATION Residential Customers

Choose the
best rate
plan for you.
Learn more†.

Save on your monthly PG&E bill

California Alternate Rates for Energy (CARE)

pge.com/care
1-866-743-2273

The CARE Program offers a monthly discount on PG&E bills for qualifying households. You can enroll by:

- Checking all the qualifying public assistance programs from which you, or someone in your household, receive benefits **OR**
- Checking the box that matches your household's total gross annual income.*

Other qualifications include:

- Your monthly electric usage does not exceed six times the Tier 1 allowance.
- You are not claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- You do not share an energy meter with another home.
- You will renew your eligibility at least every two years.

CARE Income Guidelines (good until May 31, 2018)

| Number of People in Household | Total Gross Annual Household Income* |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1-2 | \$32,480 or less |
| 3 | \$40,840 or less |
| 4 | \$49,200 or less |
| 5 | \$57,560 or less |
| 6 | \$65,920 or less |
| 7 | \$74,280 or less |
| 8 | \$82,640 or less |
| Each Additional Person, add | \$8,360 |

Family Electric Rate Assistance (FERA)

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

If you do not qualify for the CARE

Program, you may still qualify for the FERA Program, which offers a monthly discount on electric bills for households of three or more people with a slightly higher income than required for CARE.

See the FERA Income Guidelines listed above to find out if you qualify, and enroll by completing the included application.

FERA Income Guidelines (good until May 31, 2018)

| Number of People in Household | Total Gross Annual Household Income* |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1-2 | Not Eligible |
| 3 | \$40,841-\$51,050 |
| 4 | \$49,201-\$61,500 |
| 5 | \$57,561-\$71,950 |
| 6 | \$65,921-\$82,400 |
| 7 | \$74,281-\$92,850 |
| 8 | \$82,641-\$103,300 |
| Each Additional Person, add | \$8,360-\$10,450 |

*Total gross annual household income includes all taxable and nontaxable revenues from all people living in the home, from whatever sources derived, including, but not limited to, wages, salaries, interest, dividends, spousal and child support payments, public assistance payments, Social Security and pensions, housing and military subsidies, rental income, income from self-employment and all employment-related, non-cash income.

†Learn more and get a personalized rate analysis at pge.com/findrates

How You Can Apply

Online: Apply online for faster enrollment at pge.com/care

Phone: Apply by calling
1-866-743-2273

Email:
Take a picture or scan completed application and email this image to
CAREandFERA@pge.com

Mail:
Send completed application to
CARE/FERA Program
P.O. Box 7979
San Francisco, CA 94120-7979

Fax:
Send completed application to
1-877-302-7563

Other Helpful Programs and Services

Energy Savings Assistance Program

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

**Energy Savings
Assistance Program**

This program provides energy-efficient home improvements and appliances at no cost to customers who qualify for CARE and rent or own a home that is at least five years old.

My Account

pge.com/myaccount

Log in to My Account to sign up for billing and payment alerts, analyze your household's energy usage, pay your bills and learn more about your rate plan options.

Budget Billing

pge.com/budgetbilling
1-800-743-5000

Your monthly bill will be averaged out to allow you to budget your energy costs and eliminate big payment swings.

Medical Baseline

pge.com/medicalbaseline

If you depend on life-support or other equipment due to medical needs, you may be eligible for additional energy at the lowest price through the Medical Baseline Program.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)

1-866-675-6623

If you spend a high percentage of your income on energy bills, you may be eligible to receive financial assistance and weatherproofing services through this program administered by the California Department of Community Services and Development.

Universal Lifeline Telephone Service (ULTS)

Get discounted telephone access when you meet similar income guidelines as the CARE Program. To learn more, contact your local phone service provider.



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA

Cientes residenciales

Elija el mejor plan de tarifas para usted. Obtenga información adicional†.

Ahorre en su factura mensual de PG&E

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, **O**
- 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.

Requisitos de ingreso CARE
(válido hasta el 31 de mayo, 2018)

| Número de personas en el hogar | Ingreso bruto total anual del hogar* |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 1-2 | \$32,480 o menos |
| 3 | \$40,840 o menos |
| 4 | \$49,200 o menos |
| 5 | \$57,560 o menos |
| 6 | \$65,920 o menos |
| 7 | \$74,280 o menos |
| 8 | \$82,640 o menos |
| Por cada persona adicional, añada | \$8,360 |

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, 2018)

| Número de personas en el hogar | Ingreso bruto total anual del hogar* |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 1-2 | No es elegible |
| 3 | \$40,841-\$51,050 |
| 4 | \$49,201-\$61,500 |
| 5 | \$57,561-\$71,950 |
| 6 | \$65,921-\$82,400 |
| 7 | \$74,281-\$92,850 |
| 8 | \$82,641-\$103,300 |
| Por cada persona adicional, añada | \$8,360-\$10,450 |

*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/findrates

Cómo puede inscribirse

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

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

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

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

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

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

Budget Billing
pge.com/budgetbilling
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.

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.

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.

¿Discapacidad auditiva o del habla? TDD/TTY disponible llamando al 1-800-652-4712 (lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m.; sábado de 8 a.m. a 6 p.m.).

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



Residential Customers

1. Fill out Section 1.
2. Fill out Section 2A OR Section 2B.
3. Sign and Date this form and mail to PG&E.

If you qualify, your CARE or FERA discount will appear on the first page of your next PG&E bill.

1 You and Your Household

Account Number grid

Your PG&E Account Number (Find yours on page 1 of your PG&E bill.)

Account Holder's Name grid

Account Holder's Name (Use the name as it appears on your PG&E bill, which must be in your name.)

Your Home Address grid

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

Unit #

City/State/Zip Code grid

City/State/Zip Code

Email Address

[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.]

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

- English Spanish Mandarin Cantonese Vietnamese
- Russian Korean Tagalog Hmong

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

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

Preferred Phone Number grid

Preferred Phone Number Home Work Mobile

Alternative Phone Number grid

Alternative Phone Number Home Work Mobile

Number of people in your household at this address:

Adults + Children = grid

2 Household Qualification

Fill out Section 2A OR Section 2B.

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.

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-\$32,480 \$61,501-\$65,920 \$82,641-\$91,000
- \$32,481-\$40,840 \$65,921-\$71,950 \$91,001-\$92,850
- \$40,841-\$49,200 \$71,951-\$74,280 \$92,851-\$99,360
- \$49,201-\$51,050 \$74,281-\$82,400 \$99,361-\$103,300
- \$51,051-\$57,560 \$82,401-\$82,640 Other \$ _____
- \$57,561-\$61,500

3 Your Declaration

By signing this declaration, I certify that the information I have provided in this application is true and correct.

I acknowledge that I have read and understood the contents of this application. I also agree to follow the terms and conditions of the CARE or the FERA Program, including the following:

1. I am not claimed as a dependent on another person's income tax return other than my spouse.
2. I am not knowingly sharing an energy meter with another home.
3. I will notify PG&E if my household is no longer eligible for the CARE or FERA discount.
4. I understand I may be required to provide proof of household income.
5. I understand I may be required to participate in the Energy Savings Assistance Program.
6. I understand I may be removed from the CARE Program if my monthly electric usage exceeds six times the Tier 1 allowance.
7. I authorize PG&E to share my information with other utilities in order to facilitate enrollment in available energy management assistance and discount programs.
8. I will pay back the discount I have received if I provided false information to support my application for CARE or FERA Program.

X

Customer Signature

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

Date

FOR INTERNAL USE ONLY
W



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA Clientes residenciales

Forma 01-9077

1. Complete la Sección 1.
2. Complete la Sección 2A ó la Sección 2B.
3. Firme y ponga la fecha en esta solicitud y envíela por correo a PG&E.

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.)

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

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

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.)

¿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 teléfono preferido Hogar Trabajo Móvil

Número de teléfono alternativo Hogar Trabajo Móvil

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 ó la Sección 2B.

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

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.

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-\$32,480 | <input type="checkbox"/> \$61,501-\$65,920 | <input type="checkbox"/> \$82,641-\$91,000 |
| <input type="checkbox"/> \$32,481-\$40,840 | <input type="checkbox"/> \$65,921-\$71,950 | <input type="checkbox"/> \$91,001-\$92,850 |
| <input type="checkbox"/> \$40,841-\$49,200 | <input type="checkbox"/> \$71,951-\$74,280 | <input type="checkbox"/> \$92,851-\$99,360 |
| <input type="checkbox"/> \$49,201-\$51,050 | <input type="checkbox"/> \$74,281-\$82,400 | <input type="checkbox"/> \$99,361-\$103,300 |
| <input type="checkbox"/> \$51,051-\$57,560 | <input type="checkbox"/> \$82,401-\$82,640 | <input type="checkbox"/> Otro \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> \$57,561-\$61,500 | | |

3 Su declaración

Al firmar esta declaración, certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta.

Reconozco que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Asimismo, convengo en respetar los términos y condiciones del Programa CARE o del Programa FERA, incluyendo los siguientes:

1. No he sido designado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona con excepción de mi cónyuge.
2. No comparto intencionalmente un medidor de energía con otra vivienda.
3. Notificaré a PG&E si mi hogar deja de reunir los requisitos para recibir el descuento de CARE o FERA.
4. Comprendo que yo podría estar obligado a proporcionar un comprobante de los ingresos de mi hogar.
5. Comprendo que yo podría estar obligado a participar en el Energy Savings Assistance Program.
6. Comprendo que yo podría ser retirado del Programa CARE si mi consumo eléctrico mensual excede seis veces el límite de consumo permitido del Nivel 1.
7. Autorizo a PG&E a divulgarle mi información a otras compañías de servicios públicos a fin de facilitar la inscripción en programas de asistencia para la administración de la energía y programas de descuento que estén disponibles.
8. Reembolsaré el descuento que yo haya recibido si proporcioné información falsa para apoyar mi solicitud al Programa CARE o al Programa FERA.

X
Firma del cliente

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

Fecha

FOR INTERNAL USE ONLY
W