



# Ahorre en su factura mensual de PG&E

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

## California Alternate Rates for Energy (CARE)

[pge.com/care-es](http://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.

## Family Electric Rate Assistance (FERA)

[pge.com/fera-es](http://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.

†Información de cambios de tarifas en [pge.com/findrates](http://pge.com/findrates)

### Cómo puede inscribirse

**Internet:** Solicite por Internet para inscribirse más rápidamente visitando [pge.com/care-es](http://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](mailto: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

TTY disponible llamando al 711 o 1-800-735-2929.

<b>Requisitos de ingreso CARE/FERA (válido hasta el 31 de mayo, 2023)</b>		
<b>Número de personas en el hogar</b>	<b>Ingreso bruto total anual del hogar*</b>	
	<b>CARE</b>	<b>FERA</b>
1-2	\$36,620 o menos	No es elegible
3	\$46,060 o menos	\$46,061-\$57,575
4	\$55,500 o menos	\$55,501-\$69,375
5	\$64,940 o menos	\$64,941-\$81,175
6	\$74,380 o menos	\$74,381-\$92,975
7	\$83,820 o menos	\$83,821-\$104,775
8	\$93,260 o menos	\$93,261-\$116,575
Por cada persona adicional, añada	\$9,440	\$9,440-\$11,800

\*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](http://pge.com/energysavings-es) • 1-800-933-9555

Este programa proporciona mejoras al hogar y electrodomésticos para el consumo eficiente de energía sin costo alguno a los clientes que reúnan los requisitos de ingresos. Los dueños de propiedades y los inquilinos pueden participar.



### Your Account • [pge.com/youraccount](http://pge.com/youraccount)

Visite Your 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.

### Budget Billing

[pge.com/budgetbilling](http://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](http://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.

**Clientes residenciales**

1. Complete la **Sección 1**.
2. Complete la **Sección 2A** o la **Sección 2B**.
3. Firme y ponga la fecha en esta solicitud y envíela 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**

Unidad #

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

**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.)

**Número de teléfono preferido** Hogar Trabajo Móvil**Número de teléfono alternativo** Hogar Trabajo Móvil**¿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 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.

**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) o 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.**

**O****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-\$36,620      | <input type="checkbox"/> \$64,941-\$69,375 | <input type="checkbox"/> \$92,976-\$93,260   |
| <input type="checkbox"/> \$36,621-\$46,060 | <input type="checkbox"/> \$69,376-\$74,380 | <input type="checkbox"/> \$93,261-\$102,700  |
| <input type="checkbox"/> \$46,061-\$55,500 | <input type="checkbox"/> \$74,381-\$81,175 | <input type="checkbox"/> \$102,701-\$104,775 |
| <input type="checkbox"/> \$55,501-\$57,575 | <input type="checkbox"/> \$81,176-\$83,820 | <input type="checkbox"/> \$104,776-\$112,140 |
| <input type="checkbox"/> \$57,576-\$64,940 | <input type="checkbox"/> \$83,821-\$92,975 | <input type="checkbox"/> \$112,141-\$116,575 |
|  |  | <input type="checkbox"/> Otro \$ _____       |

### 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 a los programas CARE o FERA.

**X**

Firma del cliente

Fecha

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

FOR INTERNAL USE ONLY

**W**