



Tiết kiệm trên hóa đơn PG&E hàng tháng của quý vị Chọn chương trình mức giá phù hợp nhất với quý vị. Tìm hiểu thêm†

Chương Trình California Alternate Rates for Energy (CARE)

pge.com/care • 1-866-743-2273

Chương trình CARE giảm giá hàng tháng trên hóa đơn PG&E cho các gia đình đủ điều kiện. Quý vị có thể ghi danh bằng cách:

- Đánh dấu tất cả các chương trình trợ cấp xã hội hội đủ điều kiện mà quý vị hoặc ai đó trong gia đình đang được nhận **HOẶC**
- Đánh dấu vào ô trùng với tổng lợi tức gia đình hàng năm của quý vị.*

Các điều kiện hợp lệ khác gồm có:

- Quý vị sử dụng điện hàng tháng không quá sáu lần mức Tier 1 cho phép.
- Quý vị không là người phụ thuộc trên tờ khai thuế thu nhập của người nào khác ngoài vợ/chồng của quý vị.
- Quý vị không dùng chung đồng hồ năng lượng với gia đình khác.
- Quý vị sẽ tái gia hạn việc hội đủ điều kiện được giảm giá ít nhất hai năm một lần.

Chương Trình Family Electric Rate Assistance (FERA)

pge.com/fera • 1-800-743-5000

Nếu quý vị không hội đủ điều kiện vào chương trình CARE, quý vị vẫn có thể hội đủ điều kiện cho chương trình FERA. Chương trình này giảm giá trên hóa đơn điện hàng tháng cho các gia đình có từ ba người trở lên với lợi tức hơi cao hơn so với yêu cầu của chương trình CARE.

Xem Chỉ Dẫn về Thu Nhập của chương trình FERA được liệt kê tại đây để xem quý vị có đủ điều kiện không và đăng ký bằng cách hoàn tất đơn đăng ký đính kèm.

†Tìm hiểu thêm và được phân tích mức giá riêng cho cá nhân tại pge.com/findrates

Cách Đăng Ký

Trực tuyến: Đăng ký trực tuyến nhanh hơn tại pge.com/care

Bằng điện thoại: Đăng ký bằng cách gọi đến số **1-866-743-2273**

Bằng email: Chụp ảnh hoặc scan đơn đăng ký hoàn chỉnh của quý vị và gửi email ảnh này đến địa chỉ **CAREandFERA@pge.com**

Fax: Gửi đơn đăng ký hoàn chỉnh đến **1-877-302-7563**

Bằng thư: Gửi đơn đăng ký hoàn chỉnh đến **CARE/FERA Program P.O. Box 7979 San Francisco, CA 94120-7979**

TTY hiện có theo số **711** hoặc **1-800-735-2929**.

Chỉ dẫn về thu nhập của CARE/FERA (có hiệu lực đến ngày 31 tháng Năm, 2020)

Số Người Trong Gia Đình	Tổng Thu Nhập Hộ Gia Đình Hàng Năm*	
	CARE	FERA
1–2	\$33,820 hoặc ít hơn	Không hội đủ điều kiện
3	\$42,660 hoặc ít hơn	\$42,661–\$53,325
4	\$51,500 hoặc ít hơn	\$51,501–\$64,375
5	\$60,340 hoặc ít hơn	\$60,341–\$75,425
6	\$69,180 hoặc ít hơn	\$69,181–\$86,475
7	\$78,020 hoặc ít hơn	\$78,021–\$97,525
8	\$86,860 hoặc ít hơn	\$86,861–\$108,575
Với Mỗi Người Thêm Vào, cộng thêm	\$8,840	\$8,840–\$11,050

* Tổng thu nhập hộ gia đình hàng năm bao gồm tất cả các khoản thu nhập chịu thuế và không chịu thuế, từ tất cả mọi người sống trong nhà, từ bất kỳ nguồn nào, bao gồm nhưng không giới hạn: tiền công, tiền lương, lãi, cổ tức, các khoản tiền cấp dưỡng trẻ em và cấp dưỡng cho phối ngẫu, các khoản tiền trợ cấp xã hội, an sinh xã hội và lương hưu, trợ cấp nhà ở và quân sự, khoản thu nhập từ việc cho thuê, thu nhập từ kinh doanh và tất cả các khoản thu nhập không dùng tiền mặt liên quan đến lao động.

Các Chương Trình Và Dịch Vụ Hữu Ích Khác

Chương Trình Energy Savings Assistance Program pge.com/energysavings • 1-800-933-9555

Chương trình này cung cấp các cải thiện để gia đình sử dụng năng lượng hiệu quả và cung cấp các thiết bị gia dụng miễn phí cho khách hàng đủ điều kiện đối với chương trình CARE hoặc khách hàng thuê hay sở hữu nhà có tuổi thọ ít nhất là 5 năm.

Energy Savings
.....
Assistance Program™

My Account • pge.com/myaccount

Đăng nhập vào My Account để đăng ký thông báo hóa đơn và thanh toán, phân tích việc sử dụng năng lượng hộ gia đình của quý vị, thanh toán hóa đơn và tìm hiểu thêm về các lựa chọn cho gói giá.

Budget Billing

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

Hóa đơn hàng tháng của quý vị sẽ được tính trung bình cho phép quý vị điều chỉnh ngân sách cho chi phí năng lượng và loại bỏ được những khoản thanh toán bị thay đổi lớn.

Medical Baseline • pge.com/medicalbaseline

Nếu quý vị phải phụ thuộc vào thiết bị hỗ trợ sự sống hoặc thiết bị khác do nhu cầu sức khỏe, quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận thêm năng lượng với giá thấp nhất qua chương trình Medical Baseline.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) • 1-866-675-6623

Nếu quý vị cần phải sử dụng một phần lớn thu nhập của mình để trả hóa đơn năng lượng, quý vị có thể hội đủ điều kiện để nhận trợ giúp tài chính và những dịch vụ điều hòa thời tiết qua chương trình này được điều hành bởi Sở Dịch Vụ và Phát Triển Cộng Đồng California.

Universal Lifeline Telephone Service (ULTS)

Nhận giảm giá điện thoại khi quý vị đủ điều kiện về thu nhập tương tự như chương trình CARE. Hãy liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ điện thoại tại địa phương để tìm hiểu thêm.

2**Hộ Gia Đình Đủ Tiêu Chuẩn**

Quý vị nên điền Phần 2A **HOẶC** Phần 2B.

2A Các Chương Trình Trợ Cấp Xã Hội: Đánh dấu tất cả các chương trình mà quý vị hoặc người trong gia đình quý vị đang được nhận.

- | | |
|---|---|
| <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 (Food stamps) | <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) hoặc Tribal TANF | <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (dưới 65 tuổi) |
| <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (chỉ dành cho bộ lạc) | <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (65 tuổi hoặc hơn) |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) | |

Nếu quý vị đánh dấu bất cứ chương trình nào trong phần này, xin quý vị bỏ phần sau và tiếp theo ở Phần 3.

HOẶC**2B Thu Nhập Hộ Gia Đình**

Nếu quý vị không đánh dấu vào ô nào trong Phần 2A, xin quý vị cộng chung mọi thu nhập của mọi thành viên trong hộ gia đình quý vị và đánh dấu vào ô bên dưới trùng với tổng thu nhập hàng năm của hộ gia đình của quý vị.

Tôi hiện có thu nhập cố định và nhận thu nhập hoặc phúc lợi từ một hoặc nhiều nguồn sau: lương hưu, An Sinh Xã Hội, SSP hoặc SSDI, lãi/cổ tức từ tài khoản hưu trí, Medicaid/Medi-Cal (65 tuổi hoặc hơn) hoặc SSI.

Thu nhập hộ gia đình tôi là:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0–\$33,820 | <input type="checkbox"/> \$60,341–\$64,375 | <input type="checkbox"/> \$86,476–\$86,860 |
| <input type="checkbox"/> \$33,821–\$42,660 | <input type="checkbox"/> \$64,376–\$69,180 | <input type="checkbox"/> \$86,861–\$95,700 |
| <input type="checkbox"/> \$42,661–\$51,500 | <input type="checkbox"/> \$69,181–\$75,425 | <input type="checkbox"/> \$95,701–\$97,525 |
| <input type="checkbox"/> \$51,501–\$53,325 | <input type="checkbox"/> \$75,426–\$78,020 | <input type="checkbox"/> \$97,526–\$104,540 |
| <input type="checkbox"/> \$53,326–\$60,340 | <input type="checkbox"/> \$78,021–\$86,475 | <input type="checkbox"/> \$104,541–\$108,575 |
| | | <input type="checkbox"/> Khác \$ _____ |

3

Cam Đoan

Qua việc ký giấy cam đoan này, tôi xác nhận rằng thông tin mà tôi cung cấp trong đơn xin này là đúng và trung thực.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu nội dung trong đơn xin này. Tôi cũng đồng ý tuân thủ các điều khoản và điều kiện của chương trình CARE hoặc FERA, bao gồm các điều khoản và điều kiện sau đây:

1. Tôi không là người phụ thuộc trên tờ khai thuế thu nhập của người nào khác ngoài vợ/chồng của tôi.
2. Tôi không cố ý dùng chung đồng hồ đo năng lượng với nhà khác.
3. Tôi sẽ thông báo cho PG&E biết khi gia đình tôi không còn đủ điều kiện được giảm giá theo chương trình CARE hoặc FERA nữa.
4. Tôi hiểu rằng tôi có thể phải cung cấp chứng từ thu nhập của hộ gia đình.
5. Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu tham gia Chương Trình Trợ Giúp Tiết Kiệm Năng Lượng (Energy Savings Assistance Program).
6. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị loại ra khỏi chương trình CARE nếu mức sử dụng điện hàng tháng của tôi vượt quá sáu lần định mức Hạng Mức 1.
7. Tôi cho phép PG&E chia sẻ thông tin của tôi với các cơ quan điện nước khác để tạo điều kiện ghi danh tham gia các chương trình giảm giá và trợ giúp quản lý năng lượng hiện có.
8. Tôi sẽ hoàn trả lại khoản giảm giá mà tôi nhận được nếu tôi cung cấp thông tin giả mạo để hỗ trợ cho việc tôi xin tham gia chương trình CARE hoặc FERA.

X

Chữ Ký Khách Hàng

Ngày

○ Điền vào ô tròn nếu quý vị là người giám hộ hoặc quý vị có giấy ủy quyền.

FOR INTERNAL USE ONLY

W