



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA
Cientes residenciales con sub-medidor

Ahorre en su factura mensual de PG&E

Si su arrendador le factura directamente por el consumo de gas y electricidad, usted es considerado como un cliente con "sub-medidor". A pesar de que usted no es cliente directo de PG&E, usted podría calificar para programas que lo ayuden a reducir el monto de su factura de energía, incluyendo los programas CARE y FERA.

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

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, **0**
- 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.

Usted necesitará que su arrendador(a) o administrador(a) complete la sección 1A de esta solicitud. Si su arrendador(a) tiene preguntas, dígame que nos envíe un correo electrónico a CAREandFERA@pge.com.

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 aquí para ver si cumple con los requisitos e inscribese completando la solicitud incluida.

†Información de cambios de tarifas en pge.com/findrates

Cómo puede inscribirse

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

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

Requisitos de ingreso CARE/FERA (válido hasta el 31 de mayo, 2023)		
Número de personas en el hogar	Ingreso bruto total anual del hogar*	
	CARE	FERA
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, añadida	\$9,440	\$9,440-\$11,800

*Antes de impuestos, basado en fuentes actuales de ingreso. Usted puede estar inscrito en uno de los programas CARE o FERA pero no en ambos.

Otros programas y servicios útiles

Energy Savings Assistance Program

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.

Energy Savings

.....
Assistance Program™

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.

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.

1B Usted y su hogar

Su nombre (Como aparece en la factura de energía de su arrendador, la cual debe estar a 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

Su dirección postal Unidad #

Ciudad/Estado/Código postal

Su 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 Casa Trabajo Móvil

Número de teléfono alternativo Casa Trabajo Móvil

¿Cuál es su método de comunicación preferido? (Elija uno)

- Inglés Español Mandarín Cantonés Vietnamita
 Ruso Coreano Tagalo Hmong

¿Qué idioma prefiere para comunicaciones futuras de CARE y FERA? (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.

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-\$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**

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

Fecha

FOR INTERNAL USE ONLY

W