



Electric Sample Form No. 62-0919
CARE/FERA Program Application for Residential Customers
(Pre-Printed Application)

Sheet 1

**Please Refer to Attached
Sample Form**



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

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.)

| | | | |
|--|---|--|---|
| | - | | - |
|--|---|--|---|

Preferred phone number

Home Work Mobile

| | | | |
|--|---|--|---|
| | - | | - |
|--|---|--|---|

Alternative phone number

Home Work Mobile

What language do you prefer for future CARE 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.)

Number of people in your household at this address:

Adults + **Children** =
 (under 18)

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.

- | | |
|---|---|
| <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) or Tribal TANF | <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (under age 65) |
| <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal only) | <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over) |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) | |

OR

2B Household 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:

Total gross annual household income \$.00

(please account for all income from every household member)

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 understand that I may be switched or dropped from the CARE or FERA program if I submit information or PG&E receives information from other programs which deem me ineligible.
8. I authorize PG&E to share my information in order to remain eligible for available energy management assistance, and price reduction and residential rate programs with other utilities, state agencies and entities designated by the CPUC.
9. I will pay back the discount I have received if I provided false information to support my application for the CARE or the FERA program.

X

Customer signature

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

Date

FOR INTERNAL USE ONLY



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA
Clientes Residenciales

Forma 62-0919

- Complete la **Sección 1**.
- Complete la **Sección 2A** o la **Sección 2B**.
- 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.)

Número de teléfono preferido Hogar Trabajo Móvil

¿Qué idioma prefiere para comunicaciones futuras de CARE y FERA? (Elija uno)

- Inglés Español Mandarín Cantonés Vietnamita
 Ruso Coreano Tagalo Hmong

Número de teléfono alternativo Hogar Trabajo Móvil

¿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) | |

0

2B Ingresos del hogar

Actualmente tengo ingresos fijos y recibo ingresos o beneficios de uno o más de los siguientes programas: pensiones, Seguro social, SSP o SSDI, intereses/dividendos de cuentas de jubilación, Medicaid/Medi-Cal (65 años o más) o SSI.

Los ingresos de mi hogar son:

Total de ingresos anuales brutos del hogar \$.00

(por favor, incluya todos los ingresos de todos los miembros del hogar)

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:

- No he sido designado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona con excepción de mi cónyuge.
- No comparto intencionalmente un medidor de energía con otra vivienda.
- Notificaré a PG&E si mi hogar deja de reunir los requisitos para recibir el descuento de CARE o FERA.
- Comprendo que yo podría estar obligado a proporcionar un comprobante de los ingresos de mi hogar.
- Comprendo que yo podría estar obligado a participar en el Energy Savings Assistance Program.
- 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.
- Entiendo que me pueden cambiar o darme de baja del programa CARE o FERA si presento información o PG&E recibe información de otros programas que consideran que no reúno los requisitos.
- Autorizo a PG&E a compartir mi información con el fin de seguir reuniendo los requisitos de la asistencia disponible para la administración de la energía, y los programas de reducción de precios y tarifas residenciales con otras empresas de servicios públicos, agencias estatales y entidades designadas por la CPUC.
- 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.

FOR INTERNAL USE ONLY

Fecha