



Gas Sample Form No. 01-9285

Sheet 1

CARE/FERA Program Application for Sub-Metered Residential Customers

**Please Refer to Attached
Sample Form**



CARE/FERA PROGRAM APPLICATION Sub-Metered Residential Customers

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

Save on your monthly PG&E bill

If your landlord bills you directly for gas and electricity, you are a “sub-metered” customer. While you are not a direct PG&E customer, you may still be eligible for programs and services to help you lower your energy bills, including the CARE and the FERA programs.

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. To enroll:

- Check all the qualifying public assistance programs in Section 2A from which you, or someone in your household, receive benefits **OR**
- Complete Section 2B which includes 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.

You will also need to have your landlord or facility manager complete Section 1A of this application. If your landlord has questions, have him or her email CAREandFERA@pge.com.

CARE Income Guidelines (good until May 31, 2024)

Number of people in household	Total gross annual household income*
1-2	\$39,440 or less
3	\$49,720 or less
4	\$60,000 or less
5	\$70,280 or less
6	\$80,560 or less
7	\$90,840 or less
8	\$101,120 or less
Each additional person, add	\$10,280

*Total gross annual household income includes all taxable and non-taxable 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

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.

FERA Income Guidelines (good until May 31, 2024)

Number of people in household	Total gross annual household income*
1-2	Not eligible
3	\$49,721-\$62,150
4	\$60,001-\$75,000
5	\$70,281-\$87,850
6	\$80,561-\$100,700
7	\$90,841-\$113,550
8	\$101,121-\$126,400
Each additional person, add	\$10,280-\$12,850

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

How you can apply

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
1-800-933-9555

This program provides energy-efficient home improvements and appliances at no cost to customers who are income qualified. Property owners and renters are eligible to participate.



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.

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.

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.



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA

Clientes residenciales con sub-medidor

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

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.

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 de los hogares que reúnan los requisitos. Para inscribirse:

- Marque todos los programas de asistencia pública que reúnan los requisitos en la Sección 2A de los que usted o alguna persona de su hogar reciban beneficios **O BIEN**
- Llene la Sección 2B que incluye los ingresos brutos anuales totales de su 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.

Requisitos de ingreso CARE (válido hasta el 31 de mayo, 2024)

Número de personas en el hogar	Ingreso bruto total anual del hogar*
1-2	\$39,440 o menos
3	\$49,720 o menos
4	\$60,000 o menos
5	\$70,280 o menos
6	\$80,560 o menos
7	\$90,840 o menos
8	\$101,120 o menos
Por cada persona adicional, añada	\$10,280

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, 2024)

Número de personas en el hogar	Ingreso bruto total anual del hogar*
1-2	No es elegible
3	\$49,721-\$62,150
4	\$60,001-\$75,000
5	\$70,281-\$87,850
6	\$80,561-\$100,700
7	\$90,841-\$113,550
8	\$101,121-\$126,400
Por cada persona adicional, añada	\$10,280-\$12,850

*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.

†Obtenga información adicional y un análisis personalizado de su tarifa 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**

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.

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.

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.



Please have your landlord or facility manager fill out Section 1A, while you fill out Section 1B about you and your household, and then complete Sections 2A **OR** 2B. Sign, date, and return to PG&E as soon as possible. **By signing this application you agree to make available to your landlord or facility manager PG&E's determination of your eligibility to participate in CARE or FERA for them to pass along the discount if you qualify.**

1

1A Your landlord and facility

Applicant status: ● ADD NEW ● DROP ● RENEW ● MOVE TO DIFFERENT SPACE

PG&E account numbers: - -

ElectricityGas

Your mobile home park/facility name

Your mobile home park/facility address (City/State/Zip Code)

Your landlord or manager's name

Preferred phone number Home Work Mobile

Your landlord or manager's mailing address (City/State/Zip Code)

Email

1B You and your household

Your name (Use the name as it appears on the energy bill from your landlord, which must be in your name.)

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

Mailing address Unit #/City/State/Zip Code

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.)

Email (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.)

Unit #/City/State/Zip Code

Preferred phone number Home Work Mobile

Alternative phone number Home Work Mobile

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.

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)

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

Complete, cut off and return application to PG&E.



Por favor, pídale a su arrendador o a su administrador de las instalaciones que llene la sección 1A, mientras usted llena la sección 1B relativa a usted y a su hogar, y luego llene las secciones 2A o 2B. Firme, ponga la fecha y envíe a PG&E lo antes posible. **Al firmar esta solicitud usted acepta poner a disposición de su arrendador o administrador de las instalaciones la determinación de PG&E sobre su elegibilidad para participar en CARE o FERA de forma que pase el descuento si usted reúne los requisitos.**

1 1A Su arrendador y su residencia

Situación del solicitante:
 NUEVO CANCELÓ EL PROGRAMA RE-INSCRIPCIÓN SE MUDÓ A OTRO LUGAR

Números de cuenta de PG&E: Electricidad

Gas

Nombre de su parque de casas móviles/residencia

Dirección de su parque de casas móviles/residencia (Ciudad/Estado/Código postal)

Nombre de su arrendador o administrador

Número de teléfono preferido Casa Trabajo Móvil

Dirección de su arrendador o administrador (Ciudad/Estado/Código postal)

Dirección de email

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

Número de teléfono preferido Casa 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 Casa Trabajo Móvil

Número de personas en el hogar en esta dirección:

Adultos + Niños =
(menores de 18)

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

Correo Email Teléfono Texto (Podría haber cargos por mensaje y datos.)

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.

Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)

Women, Infants, and Children (WIC)

CalFresh/SNAP (estampillas de alimentos)

CalWORKs (TANF) or Tribal TANF

Head Start Income Eligible (solo tribus indígenas)

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 (menor de 65 años)

Medicaid/Medi-Cal (65 años o más)

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:

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. 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.
8. 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.
9. Reembolsaré el descuento que yo haya recibido si proporcionaré 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

La información recabada en esta solicitud es manejada de conformidad con la Política de Privacidad de PG&E. La Política de Privacidad está disponible en pge.com/privacidad. Documento automatizado, Declaración preliminar, Parte A
 "PG&E" se refiere a Pacific Gas and Electric Company, una subsidiaria de PG&E Corporation. ©2023 Pacific Gas and Electric Company. Todos los derechos reservados.
 Estas ofertas reciben financiamiento de los clientes de servicios públicos de California y son administradas por PG&E bajo los auspicios de la California Public Utilities Commission. Rev. 6.23 CIQ-0623-5959

Complete, corte y devuelva la solicitud a PG&E.