



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA Clientes residenciales

01-9077
Rev. 6.14

Por favor complete la información a continuación sobre usted y su hogar y luego la información en la Sección 2A o 2B. Firme y ponga la fecha en esta solicitud y devuélvala a PG&E lo antes posible. **Si usted cumple con los requisitos, su descuento CARE o FERA aparecerá en la primera página de su factura de PG&E dentro de los próximos dos ciclos de facturación.**

1 Usted y su hogar

Su número de cuenta de PG&E
(Encuéntrelo en la primera página de su factura de PG&E.)

Su nombre (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

Número de teléfono preferido Hogar Trabajo Móvil

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

- Inglés Hmong Tagalo Mandarín Cantonés
 Ruso Coreano Vietnamita Español

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

Si su hogar cumple con los requisitos de ingreso del programa, complete la sección 2A o la sección 2B. Usted no necesita completar ambas secciones. Usted será inscrito en el Programa CARE o FERA dependiendo del ingreso y tamaño de su hogar.

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) CalFresh/SNAP (estampillas de alimentos)
 Bureau of Indian Affairs General Assistance Women, Infants, and Children (WIC)
 National School Lunch Program (NSLP) Supplemental Security Income (SSI)
 CalWORKs (TANF) o Tribal TANF Medicaid/Medi-Cal (menor de 65 años)
 Head Start Income Eligible (solo tribus indígenas) Medicaid/Medi-Cal (65 años o más)
 Medi-Cal for Families (Healthy Families A&B)

Si usted marcó alguna de estas casillas, salte a la sección 3.

0

2B Ingreso del hogar

Si usted no participa en ninguno de los programas listados anteriormente en la sección 2A, por favor sume todos los ingresos de cada miembro del hogar y marque la casilla que coincide con su ingreso bruto total anual. Por favor tenga en cuenta que los rangos de ingreso que listamos a continuación **NO SON** montos fijos incrementales, así que revise cuidadosamente cada rango de ingreso antes de seleccionar la casilla adecuada.

El ingreso de mi hogar es:

- \$0-\$31,460 \$59,626-\$63,940 \$80,181-\$88,300
 \$31,461-\$39,580 \$63,941-\$69,775 \$88,301-\$90,075
 \$39,581-\$47,700 \$69,776-\$72,060 \$90,076-\$96,420
 \$47,701-\$49,475 \$72,061-\$79,925 \$96,421-\$100,225
 \$49,476-\$55,820 \$79,926-\$80,180 Otro \$ _____
 \$55,821-\$59,625

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.

3 Su declaración

Al firmar esta declaración, certifico que basado en el tamaño y el ingreso de mi hogar cumplo con los requisitos para el Programa CARE o FERA.

También estoy de acuerdo con los siguientes términos y condiciones para permanecer elegible para el Programa CARE o FERA:

- La información que he facilitado es veraz y correcta.
- La factura de PG&E está a mi nombre y resido en la dirección donde se recibirá el descuento.
- No figuro como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea mi esposo/a.
- No comparto el medidor de energía con ningún otro hogar.
- Renovaré mi elegibilidad por lo menos cada dos años y/o notificaré a PG&E si mi hogar deja de cumplir con los requisitos para el descuento de CARE o FERA.
- Después de la inscripción, entiendo que se me puede pedir que muestre pruebas de ingresos del hogar, lo que en ciertos casos puede requerir presentar transcripciones de mi declaración de impuestos al IRS, y también estar de acuerdo en participar en el Programa Energy Savings Assistance.
- Entiendo que mi consumo mensual de electricidad no debe exceder seis veces el valor del Nivel 1 (Tier 1) el cual es el nivel de tarifa más bajo dentro del estándar Tiered Base Plan de PG&E.
- Devolveré el monto del descuento si parte de la información provista anteriormente no fuera veraz.
- Le permitiré a PG&E compartir mi información con agencias municipales, estatales o federales, y/u otras compañías de servicios públicos o sus agentes, con el solo propósito de facilitar la inscripción a sus programas de asistencia.

X
Firma del cliente

Rellene el círculo si es tutor o tiene carta de poder

Fecha

FOR INTERNAL USE ONLY
398