Pacific Gas and Electric Company®

CARE/FERA Program Application for **Residential Single-Family Customers**

62-0973
Rev. 01/01/14

1 CUSTOMER INFORMATION: *(please print clearly)*

PG&E Account Number:
(This number is located on the first page of your PG&E bill)

										-	

Name of PG&E customer on record **Phone** ☐ Home ☐ Work ☐ Mobile

Email Address **Alternate phone** ☐ Home ☐ Work ☐ Mobile

Service Address *(Do NOT use a P.O. Box)* **Apartment #** **City** **Zip Code**

Choose the language preference for future CARE/FERA communications:

☐ Spanish ☐ Tagalog ☐ Russian ☐ Hmong ☐ Korean ☐ Vietnamese ☐ Cantonese ☐ Mandarin

Preferred method of communication: ☐ text (Msg and Data Rates may apply) ☐ phone ☐ email ☐ mail

Number of Persons in Household: Adults_____ **+ Children** (under 18) _____ = _____

Total Gross Annual Household Income:
(please account for all income from every household member) $ ☐☐☐,☐☐☐.00

2A HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY: check all sources of household income.

- ☐ Pensions
- ☐ Social Security
- ☐ SSP or SSDI
- ☐ Interests/Dividends from: Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts
- ☐ Wages and/or Profits from Self-Employment
- ☐ Rental or Royalty Income
- ☐ Unemployment Benefits
- ☐ Disability or Workers Compensation Payments
- ☐ Scholarships, Grants or Other Aid for Living Expenses
- ☐ Insurance or Legal Settlements
- ☐ Spousal or Child Support
- ☐ Cash and/or Other Income

2B PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY: check all programs in which you or someone in your household participate.

- ☐ Medicaid/Medi-Cal (under age 65)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over)
- ☐ Supplemental Security Income (SSI)
- ☐ CalFresh/SNAP (Food Stamps)
- ☐ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- ☐ Women, Infants and Children (WIC)
- ☐ Healthy Families A & B
- ☐ CalWORKs (TANF) or Tribal TANF
- ☐ National School Lunch Program (NSLP)
- ☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance
- ☐ Head Start Income Eligible (Tribal Only)

3 DECLARATION: *(please read and sign)*

I agree to provide proof of household income if asked. I also agree to inform Pacific Gas and Electric Company (PG&E) if my household income no longer qualifies me to receive the discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that PG&E can share my information with municipal agencies, state or federal agencies, other utilities or their agents to facilitate enrollment in their assistance programs. I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information I have provided in this application is true and correct.

For Internal Use Only
398

X _____
Customer Signature O Fill in circle if guardian or power of attorney **Date**

Mail completed application to: CARE/FERA Program, P.O. Box 7979, San Francisco, CA 94120-7979 or fax completed application to 415-973-6419.

Pacific Gas and Electric Company®

Đơn Ghi Danh vào Chương Trình CARE/FERA cho **Khách Hàng Ở Nhà Riêng**

62-0973
Rev. 01/01/14

1 CHI TIẾT VỀ KHÁCH HÀNG: (xin viết rõ ràng)

Số Trương Mục PG&E:
(Ở trang đầu tiên của hóa đơn PG&E)

										-	

Tên khách hàng của PG&E trong hồ sơ **Điện thoại** ☐ Nhà ☐ Công ty ☐ Số di động

Địa chỉ điện thư **Số điện thoại thay thế** ☐ Nhà ☐ Công ty ☐ Số di động

Địa Chỉ Nhà (ĐỪNG dùng số hộp thư (P.O Box)) **Số Chung Cư** **Thành Phố** **Số Zip**

Hãy lựa chọn ngôn ngữ mong muốn để chương trình CARE/FERA liên lạc với quý vị trong tương lai:

☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Tagalog ☐ Tiếng Nga ☐ Tiếng Hmong ☐ Tiếng Hàn Quốc ☐ Tiếng Việt
☐ Tiếng Quảng Đông ☐ Tiếng Quan Thoại

Phương thức liên lạc mong muốn: ☐ tin nhắn (Các Mức Giá Tin Nhắn và Dữ Liệu có thể áp dụng) ☐ điện thoại ☐ điện thư ☐ thư qua đường bưu điện

Số Người Trong Gia Đình: Người Lớn _____ **+ Trẻ Em** (dưới 18 tuổi) _____ = _____

Tổng Lợi Tức Gia Đình Hàng Năm:
(xin quý vị tính tất cả các nguồn lợi tức từ mọi người trong gia đình) $ ☐☐☐,☐☐☐.00

2A HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN VỀ LỢI TỨC GIA ĐÌNH: đánh dấu vào tất cả các nguồn lợi tức của gia đình quý vị.

- ☐ Tiền Hưu Bổng
- ☐ Tiền Trợ Cấp An Sinh Xã Hội
- ☐ SSP, SSDI
- ☐ Tiền Lời/Cổ Tức từ: Trương Mục Tiết Kiệm, Chứng Khoán,Trái Phiếu, hay Trương Mục Hưu Trí
- ☐ Tiền Lương và/hay Lợi Tức từ Tư Doanh
- ☐ Lợi Tức do Cho Thuê Nhà hay Tiền Bản Quyền
- ☐ Tiền Thất Nghiệp
- ☐ Tiền cho Người Có Khuyết Tật hay Tiền Bồi Thường Tai Nạn Lao Động
- ☐ Tiền Học do Chánh Phủ Trợ Cấp, Học Bổng hay các thứ Tiền Trợ Giúp cho Đời Sống Hàng Ngày
- ☐ Tiền Bảo Hiểm Bồi Thường hay Tiền Bồi Thường Thưa Kiện
- ☐ Tiền Cấp Dưỡng Vợ/Chồng hay Con Cái
- ☐ Tiền Mặt và/hay Lợi Tức Khác

2B HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN VỀ CHƯƠNG TRÌNH TRỢ GIÚP CÔNG CỘNG: đánh dấu tất cả các chương trình mà quý vị hoặc ai đó trong nhà quý vị đang tham gia.

- ☐ Medicaid/Medi-Cal (dưới 65 tuổi)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal (65 và qua 65 tuổi)
- ☐ Supplemental Security Income (SSI)
- ☐ CalFresh/SNAP (Tiền Phiếu Thực Phẩm)
- ☐ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- ☐ Women, Infants and Children (WIC)
- ☐ Healthy Families A & B
- ☐ CalWORKs (TANF) hay Tribal TANF
- ☐ National School Lunch Program (NSLP)
- ☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance
- ☐ Head Start Income Eligible (Tribal Only)

3 CAM ĐOAN: *(xin đọc và ký tên)*

Tôi đồng ý cung cấp chứng minh lợi tức gia đình nếu được yêu cầu. Tôi cũng đồng ý thông báo cho Pacific Gas and Electric Company (PG&E) biết nếu lợi tức gia đình của tôi không còn hội đủ điều kiện để được giảm giá. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận giảm giá mà không đủ điều kiện thì tôi có thể bị yêu cầu phải hoàn lại số tiền tôi đã được giảm. Tôi hiểu rằng PG&E có thể chia sẻ thông tin của tôi với các cơ quan thành phố, các cơ quan tiểu bang hoặc liên bang, các cơ quan tiện ích khác hoặc các đại diện của họ để ghi danh tôi vào các chương trình trợ giúp của họ. Tôi xin cam đoan theo hình phạt về tội khai man theo pháp luật của Tiểu Bang California rằng các thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này là đúng sự thật và chính xác.

X _____
Chữ Ký Khách Hàng ○ Tô đậm vòng nếu là người giám hộ hay người đại diện pháp lý **Ngày**

For Internal Use Only
398

Gởi đơn đã điền đến: CARE/FERA Program, P.O. Box 7979, San Francisco, CA 94120-7979 hoặc fax đơn đã điền đến: 415-973-6419.