



PG&E CARE Program
 P.O. Box 29647
 Oakland, CA 94604-9647

Nombre del Cliente		
Dirección	Ciudad	Código Postal
Número de cuenta (indicada en la parte superior de esta carta)		
Email (opcional)	Teléfono	
Al ingresar su dirección de email, usted autoriza a PG&E a ocasionalmente enviarle información acerca de su servicio de PG&E y de los programas y servicios de PG&E que usted podría tener a su disposición.		

Formulario de Consumo Elevado del Programa California Alternate Rates for Energy (CARE)

Verificación de Consumo Elevado

Nombre de cada uno de los adultos con ingresos que viven en su hogar (incluido usted)*

Número de personas que viven en su hogar: Adultos _____ Niños (menores de 18 años) _____

Declaración: Reconozco que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud y que tendré la oportunidad de hacer preguntas en cualquier momento. También estoy de acuerdo con los siguientes términos y condiciones del programa a fin de seguir reuniendo los requisitos del programa CARE. Notificaré a PG&E si mi hogar deja de reunir los requisitos para recibir el descuento del programa CARE. Comprendo que yo podría estar obligado a proporcionar un comprobante de los ingresos del hogar y también a participar en el Programa Energy Savings Assistance. Entiendo que me pueden cambiar o darme de baja del programa CARE 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 compañías de servicios públicos, agencias estatales y entidades designadas por la CPUC. Reembolsaré el descuento si alguna de la información proporcionada anteriormente es falsa. La información que he suministrado es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha _____

Marque únicamente si ya no reúne los requisitos o si no desea participar en el programa CARE, y firme aquí.

*Anoté cualquier miembro adicional en otra hoja.

Participación en el Energy Savings Assistance Program

Al presentar el Formulario de Consumo Elevado del Programa CARE (CARE High Usage Form) usted conviene en cumplir con su participación en el Energy Savings Assistance Program. El Energy Savings Assistance Program proporciona mejoras al hogar y aparatos domésticos de eficiencia energética sin costo alguno a los clientes que cumplen los requisitos del programa CARE y que alquilan o son propietarios de una vivienda que tiene un mínimo de cinco años de antigüedad. Es necesario completar el Energy Savings Assistance Program para permanecer en el programa CARE.

Para empezar de inmediato inscríbese en pge.com/energysavings o llame al **1-800-933-9555**.



Guía de Documentación de Ingresos Requerida

La tabla a continuación enumera las fuentes y formas aceptables de comprobante de ingresos para la elegibilidad en los programas CARE/FERA. **Debe enviar las copias más recientes de los documentos de cada miembro adulto del hogar que reciban ingresos.** También puede enviar (en lugar de los documentos indicados a continuación) una copia completa de su última declaración de impuestos federales, siempre y cuando incluya todas las fuentes de ingresos de su hogar.

Nota: Para su protección, por favor oculte los números del Seguro Social y/o de las cuentas bancarias en todas las copias.

Si usted o alguien en su hogar recibe ingresos de:	Debe enviarnos una copia de:
Sueldos, salarios y propinas	El(los) talón(es) de pago más reciente(s) Ó Formulario 1040 del IRS*
Pensiones, seguro social (SSA, SSDI, RSDI), pagos por discapacidad, compensación de trabajadores, beneficios por desempleo, beneficios para veteranos (VA)	Carta(s) de aprobación Ó Los más recientes talones de cheques Ó El estado de cuenta bancaria más reciente (para mostrar el depósito directo)
Subvenciones escolares, becas, otro tipo de ayuda	Carta(s) de aprobación Ó Estados de cuenta
Acuerdos con compañías de seguros y/o legales	Documentos del acuerdo conciliatorio
Pagos de manutención infantil y/o conyugal, de crianza temporal	Documentos del tribunal Ó Talón(es) de pago más reciente(s)
Ingresos agrícolas	Primera página del formulario 1040 del IRS Y Schedule 1
Intereses y/o dividendos de: ahorros, acciones, bonos, fondos de inversión	Formulario 1040 del IRS Ó Formulario 1099(s) del IRS Ó Estado de cuenta bancaria reciente
Retiros o anualidades de IRA, 401k	Estado(s) de cuenta de inversiones Ó Formulario 1040 del IRS Ó Formulario 1099 del IRS
Ganancias de capital	Estado(s) de cuenta de inversiones Ó Primera página del formulario 1040 del IRS
Ingresos por alquiler y/o regalías	Primera página del formulario 1040 del IRS Y Schedule 1 Ó el contrato de alquiler Ó la declaración de fideicomiso
Ganancia por trabajo autónomo, comisiones	Formulario 1040 del IRS + Schedule 1 Y todos los Schedule C Ó la declaración de pérdidas y ganancias más reciente de 3 meses
Ganancias por apuestas o lotería	Primera página del formulario 1040 del IRS Y Schedule 1
Ingresos en efectivo (cuando no ha declarado los impuestos federales o estatales)	Carta firmada detallando el tipo de trabajo, la cantidad mensual estimada de pago en efectivo y el nombre y número telefónico del empleador (de ser pertinente)
Regalos monetarios, ahorros, ninguno de los ejemplos anteriores se aplica, o si usted no recibe ningún ingreso	Carta firmada explicando la(s) fuente(s) actual(es) de ingresos utilizados para mantener su hogar

*Podría requerirse información adicional si lo presentado no es suficiente para determinar la elegibilidad.



Guía de Documentos Requeridos de Asistencia Pública

El cuadro a continuación enumera fuentes y documentos aceptables para determinar la elegibilidad al programa CARE. **Los clientes inscritos en CARE o FERA con un miembro del hogar que participe en un programa de asistencia pública deben enviar las copias más recientes de los documentos de aquellos miembros que participen en un programa de asistencia pública.**

Nota: Para su protección, por favor oculte los números del Seguro Social y/o de las cuentas bancarias en todas las copias.

Si usted o alguien en su hogar participa en:	Debe enviarnos una copia de:
Women, Infants, and Children (WIC)	Vale de WIC o carta de adjudicación/carta de participación reciente
Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) CalFresh/SNAP (estampillas de alimentos) CalWORKs (TANF) o 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 (menos de 65 años) Medicaid/Medi-Cal (65 años o más)	Carta(s) reciente(s) de aprobación O carta de participación en el(los) programa(s)