



**關於 CARE/FERA 計劃**

- (CARE)計劃是為符合收入資格的家庭提供每月的能源帳單折扣。
- (FERA)是為有三人或更多成員並符合收入資格的家庭提供每月的電費帳單折扣。

家庭人數	年收入*	
	CARE	FERA
1-2	\$30,500	不適用於此計劃
3	\$35,800	\$35,801 - \$44,800
4	\$43,200	\$43,201 - \$54,000
5	\$50,600	\$50,601 - \$63,200
6	\$58,000	\$58,001 - \$72,400
每增加一人，增加	\$7,400	\$7,400 - \$9,200

\* 根據當前稅前收入的來源

有效期至 2010 年 5 月 31 日

**計劃規定**

- 您的業主給您的煤電帳單必須是以您的名字註冊。
- 申請者必須居住在將收到折扣的住址。
- 除了配偶，申請人不可在另一個人的報稅表中被稱為受贍養者。
- 申請者的居所不可與另一居所共同用一個碼錶。
- 申請者家庭不應該超過本申請表格中所描述收入的標準。
- 申請者家庭若不再符合 CARE/FERA 計劃的資格要求，必須知會太平洋煤電公司。
- PG&E 將會通知您重新申請 CARE/FERA 計劃, 到時如果您仍然合格。

**您可能符合其他計劃和免費服務**

- **能源伙伴 Energy Partners** - 為符合收入資格的客戶提供免費能源教育和家居防寒保暖措施。詳情請電 1-800-989-9744。
- **LIHEAP** - 低收入家居能源輔助計劃，為符合收入資格的客戶提供付帳輔助、突發情況付帳輔助和家居防寒保暖 措施。詳情請電 1-866-675-6623 跟加州社區服務及發展部 (CSD) 聯絡。
- **醫療底線 Medical Baseline** - 經醫生證明為有需要的客戶提供最低費率的服務。詳情請電 1-800-743-5000。
- **生機一線電話服務 ULTS** - 提供電話折扣服務須符合 CARE 收入標準。欲知詳情，請聯絡您當地的熱線電話服 務公司。

申請表請寄至: Pacific Gas and Electric Company  
CARE/FERA Program  
P. O. Box 7979  
San Francisco, CA 94120-7979

CARE: ☎ **1-866-743-2273** Fax: ☎ 415-973-6419 [www.pge.com/care](http://www.pge.com/care)

FERA: ☎ **1-800-743-5000** Fax: ☎ 415-973-6419 [www.pge.com/fera](http://www.pge.com/fera)

CAREandFERA@pge.com

**TDD/TTY 1-800-652-4712** 有言語或聆聽障礙者, 星期一至五 9:00 a.m. - 11:00 p.m.

**California Relay 1-800-735-2929** 如果您未能轉接 TDD 專線



**1 經理/分錶住宅設施資料:** (請用正楷填寫)

活動房屋/其它分錶住宅設施名字

活動房屋/其它分錶住宅設施住址

城市

郵政區號

帳戶號碼:

電力

Grid for electricity account number

煤氣

Grid for gas account number

經理或業主姓名

( )  
電話號碼

經理或業主郵寄住址

城市

郵政區號

申請人狀況

新加入

退出

重新確認

搬到不同地點

**2 住客資料:** (請用正楷填寫)

姓名 (請填寫您在能源帳單上的名字)

( )  
電話號碼

家庭住址 (不要使用郵箱號碼)

單位

城市

郵政區號

郵寄住址 (如果跟以上地址不同的話)

單位

城市

郵政區號

家庭人數: 成人總數 \_\_\_\_\_ + 孩童總數(十八歲以下) \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

**3A 合資格的公共資助計劃:**

請勾選全部您有所參與, 然後請填寫第 4 部份。

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (65 歲以下)       | <input type="checkbox"/> 低收入家庭能源協助計劃               | <input type="checkbox"/> NSL 免費午餐計劃                                     |
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (65 歲和 65 歲以上) | <input type="checkbox"/> 婦女、嬰兒和兒童營養輔助計劃            | <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs<br>General Assistance |
| <input type="checkbox"/> SSI                              | <input type="checkbox"/> 健康家庭低費兒童醫藥健保計劃類別 A 及 B    | <input type="checkbox"/> Head Start Income<br>Eligible (Tribal Only)    |
| <input type="checkbox"/> 糧食券/SNAP                         | <input type="checkbox"/> 貧困家庭臨時現金資助計劃或 Tribal TANF |   |

如果您沒有參與以上的計劃, 請填寫第 3B 部份。

**3B 合資格的家庭總收入:** (請略過如果您已填寫 3A 部份)

請勾選您家庭收入的全部來源。您是否合資格申請 CARE 或 FERA 計劃, 將根據您的家庭總人數和總收入而定。

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 退休金                            | <input type="checkbox"/> 工資和/或自僱者的總收入 | <input type="checkbox"/> 學校助學金、獎學金或其他生活開支補助 |
| <input type="checkbox"/> 社會福利安全金                        | <input type="checkbox"/> 租金或版權收入      | <input type="checkbox"/> 保險或法律訴訟所得款         |
| <input type="checkbox"/> SSP、SSDI                       | <input type="checkbox"/> 失業福利         | <input type="checkbox"/> 給配偶或孩童的資助          |
| <input type="checkbox"/> 利息/或股息, 來源于: 儲蓄戶口、股票或債券, 或退休帳戶 | <input type="checkbox"/> 傷病補助金或勞工賠償   | <input type="checkbox"/> 現金和/或其他收入          |

家庭全年總收入

\$ [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]

**4 聲明:** (請小心閱讀, 然後在下面簽字)

我聲明我在此申請表中提供的資料是真實和準確的。如有需要, 我會提供收入證明。如果我不再符合獲得折扣的條件, 我將告知太平洋煤電公司。如果我不符合折扣條件而獲得折扣, 我會被要求退回獲得的折扣。我明白太平洋煤電公司以提供我的申請資料給其他能源公用事業公司及其代表, 以加入它們的輔助項目。

X \_\_\_\_\_

簽名

如果是監護人或代理人的話, 請勾上記號

日期

For Internal Use Only

W