



INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE CARE/FERA

- El programa de **California Alternate Rates for Energy (CARE)** ofrece un descuento en la cuenta mensual de energía a los hogares que califican.
- El programa de **Family Electric Rate Assistance (FERA)** proporciona ahorros en la cuenta eléctrica de hogares grandes, de tres o más personas, de ingresos bajos y medianos.

Número de Personas en el Hogar	Ingreso Anual*	
	CARE	FERA
1-2	\$30,500	No Aplica
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
Por cada persona adicional, agregue:	\$7,400	\$7,400 - \$9,200

* Antes de los impuestos basado en las fuentes de su ingreso actual

Válido hasta el 31 de Mayo, 2010

REQUISITOS DEL PROGRAMA

- La cuenta de energía del administrador de su Mobile Home Park debe estar a su nombre.
- Debe vivir en la dirección donde se recibirá el descuento.
- El solicitante no puede ser declarado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona que no sea su esposo(a).
- El solicitante no debe compartir el(los) medidor(es) de energía con otro hogar.
- Los ingresos anuales del hogar no deben exceder de los requisitos de ingresos descritos en esta solicitud.
- Debe informar a PG&E si su hogar ya no califica para el descuento del programa de CARE/FERA.
- PG&E le informará cuando debe volver a re-inscribirse, si es que todavía califica para el programa.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS GRATUITOS PARA LOS QUE USTED PODRIA CALIFICAR

- **Socios en la Energía** – Ofrece consejos y servicios gratuitos sobre ahorros de energía a los clientes que reúnan los requisitos. Llame al 1-800-989-9744 para más información.
- **LIHEAP** – Programa de Ayuda para el Pago de Energía para los Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP). Este es un programa que brinda ayuda o asistencia de emergencia con el pago de sus cuentas, y brinda servicios gratuitos para el ahorro de energía, a los clientes que reúnan los requisitos. Para más información, llame al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) al 1-866-675-6623.
- **Línea Médica Básica (Medical Baseline)** – Brinda servicios, por medio del pago de tarifas más bajas, a los clientes que estén en condiciones médicas comprobadas. Llame al 1-800-743-5000 para más información.
- **ULTS** – La Línea Universal de Servicio Telefónico le brinda acceso telefónico, a bajo precio, a aquellos clientes que reúnan requisitos similares a los del Programa CARE. Llame a su compañía local de teléfonos para más información.

Envíe la aplicación completa a:

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

FERA: ☎ **1-800-743-5000** Fax: ☎ 415-973-6419 www.pge.com/fera

CAREandFERA@pge.com

TDD/TTY 1-800-652-4712 para los sordomudos, de lunes a viernes 9:00 a.m. hasta las 11:00 p.m.

California Relay 1-800-735-2929 si no puede usar la línea TDD



1 INFORMACION DEL ADMINISTRADOR O PROPIETARIO: (por favor escriba a máquina o con letras de imprenta)

Nombre del Mobile Home Park/ o Nombre de otros locales con Sub-medidores

Dirección del Mobile Home Park/ ú otras Direcciones de locales con Sub-medidores Ciudad Código Postal
Número de Cuenta Electricidad Gas

Nombre del Administrador o Propietario Número telefónico

Dirección del Administrador o Propietario Ciudad Código Postal

Situación del solicitante: NUEVO CANCELO EL PROGRAMA RE-INSCRIPCION SE MUDO A OTRO ESPACIO

2 INFORMACION DEL INQUILINO: (por favor escriba a máquina o con letras de imprenta)

Nombre (Como aparece en la cuenta) Número telefónico

Dirección del Hogar (No use P.O. Box) Apartamento # Ciudad Código Postal

Dirección Postal, si tiene Apartamento # Ciudad Código Postal (Llene sólo si su dirección postal es diferente a la que aparece arriba)

Número de Personas en el hogar: Adultos + Niños (menores de 18) =

3A ELEGIBILIDAD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PUBLICA:

MARQUE todos los programas a que pertenece y PASE a la sección 4.

- Medicaid/Medi-Cal (menor de 65 años) LIHEAP NSL FREE Lunch Program
Medicaid/Medi-Cal (65 años o más) WIC Bureau of Indian Affairs General Assistance
SSI Healthy Families A & B Head Start Income Eligible (Sólo Tribus Indígenas)
Estampillas de Alimentos/SNAP TANF o Tribal TANF

Si no está inscrito en ninguno de los programas arriba indicados, PASE a la sección 3B

3B FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR:

MARQUE todas las fuentes de ingreso de la familia. Se le inscribirá en el programa de CARE o en el programa de FERA dependiendo de cuantas personas vivan en el hogar y el monto de sus ingresos salariales.

- Pagos de Pensiones Sueldos y/o Ganancias de su Propio Negocio Donaciones Escolares, Becas u Otros Tipos de Ayuda para Gastos de Subsistencia del hogar
Pagos del Seguro Social Ingresos Provenientes de Rentas o Regalías Pagos por Reclamaciones al Seguro o Legales
SSP, SSDI Beneficios por Desempleo Pagos por Pensión Alimenticia a Hijos/Conyugal
Intereses/Dividendos de: Cuentas de Ahorros, Acciones, Bonos, o Cuentas de Jubilación Pagos por Incapacidad o Compensación al Trabajador Pagos en Efectivo y/u Otros Ingresos

Ingreso Bruto Anual del Hogar: \$

4 DECLARACION: (Por favor lea y firme abajo)

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es correcta y verdadera. Estoy de acuerdo en proveer pruebas de mis ingresos, de ser necesario. Estoy de acuerdo en informar a Pacific Gas and Electric Company si mi situación financiera cambia y si ya no califico para recibir dicho descuento. Comprendo que, si recibo el descuento sin calificar para el mismo, se me podría pedir que devuelva el monto total del descuento recibido. Comprendo que Pacific Gas and Electric Company podría compartir esta información con otras compañías de suministro de energía o sus agentes, para inscribirme en sus programas de ayuda.

Firma del Cliente Fecha

For Internal Use Only W

Marque aquí si es tutor o tiene carta de poder