



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 parque 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 PODRÍA 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

3A ELEGIBILIDAD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PUBLICA

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

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

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.

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

X _____

Firma del Cliente

Fecha

Marque aquí si es tutor o tiene carta de poder