



Electric Sample Form No. 79-1052 Sheet 1
CARE/FERA Program Application for Residential Customers (Spanish) - Large Print Application

**Please Refer to Attached
Sample Form**

Advice 6937-E
Decision E-3524

Issued by
Meredith Allen
Vice President, Regulatory Affairs

Submitted May 10, 2023
Effective June 1, 2023
Resolution _____



Ahorre en su factura mensual de PG&E

Elija el mejor plan de tarifas para usted. Obtenga información adicional†.

California Alternate Rates for Energy (CARE)

pge.com/care-es • 1-866-743-2273

El programa CARE ofrece un descuento mensual en las facturas de PG&E de los hogares que reúnan los requisitos. Para inscribirse:

- Marque todos los programas de asistencia pública que reúnan los requisitos en la Sección 2A de los que usted o alguna persona de su hogar reciban beneficios **O BIEN**
- Llene la Sección 2B que incluye los ingresos brutos anuales totales de su hogar.*

Otras calificaciones incluyen que:

- Su consumo eléctrico mensual no exceda seis veces lo permitido por el Nivel 1.
- Usted no sea reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea su esposo(a).
- Usted no comparta el medidor de energía con otra vivienda.
- Usted renovará su elegibilidad por lo menos cada dos años.

Family Electric Rate Assistance (FERA)

pge.com/fera-es
1-800-743-5000

Si usted no cumple con los requisitos para el programa CARE, tal vez califique para el programa FERA, que ofrece un descuento en las facturas mensuales de electricidad a familias de tres o más personas que reciban un ingreso ligeramente más alto que el requerido para CARE.

Vea los requisitos de ingreso de FERA que incluimos en esta tabla para ver si cumple con los requisitos e inscribese completando la solicitud incluida.

†Información de cambios de tarifas en pge.com/findrates

Cómo puede inscribirse

Internet: Solicite por Internet para inscribirse más rápidamente visitando pge.com/care-es

Teléfono: Inscríbese llamando al 1-866-743-2273

Email: Saque una foto o escanee su solicitud completa y envíe la imagen a CAREandFERA@pge.com

Fax: Envíe la solicitud completa al 1-877-302-7563

Correo: Envíe la solicitud completa a **CARE/FERA Program**
P.O. Box 7979
San Francisco, CA
94120-7979

TTY disponible llamando al 711 o 1-800-735-2929.

Requisitos de ingreso CARE/FERA (válido hasta el 31 de mayo, 2024)		
Número de personas en el hogar	Ingreso bruto total anual del hogar*	
	CARE	FERA
1-2	\$39,440 o menos	No es elegible
3	\$49,720 o menos	\$49,721-\$62,150
4	\$60,000 o menos	\$60,001-\$75,000
5	\$70,280 o menos	\$70,281-\$87,850
6	\$80,560 o menos	\$80,561-\$100,700
7	\$90,840 o menos	\$90,841-\$113,550
8	\$101,120 o menos	\$101,121-\$126,400
Por cada persona adicional, añada	\$10,280	\$10,280-\$12,850

*El ingreso bruto total anual del hogar incluye todos los ingresos sujetos a impuestos y exentos de impuestos de todas las personas en el hogar, cualquiera sea su procedencia, incluido pero no limitado a: sueldos, salarios, intereses, dividendos, pagos por pensión alimenticia a hijos y cónyuge, pagos por asistencia pública, Seguro Social y pensiones, subsidios de vivienda y militar, ingreso proveniente de rentas, ingreso por trabajo autónomo y relativo a cualquier empleo, ingreso no pagado en efectivo.

Otros programas y servicios útiles

Energy Savings Assistance Program

pge.com/energysavings-es • 1-800-933-9555

Este programa proporciona mejoras al hogar y electrodomésticos para el consumo eficiente de energía sin costo alguno a los clientes que reúnan los requisitos de ingresos. Los dueños de propiedades y los inquilinos pueden participar.



Your Account • pge.com/youraccount

Visite Your Account en el sitio de PG&E y regístrese para recibir alertas de facturación y pagos, analizar el consumo de energía de su hogar, pagar sus facturas e informarse más acerca de sus opciones de plan de tarifas.

Budget Billing

pge.com/budgetbilling • 1-800-743-5000

Se basa en el promedio de su factura mensual para que usted maneje sus costos de energía, y elimine grandes variaciones de pago.

Medical Baseline • pge.com/medicalbaseline

Si debido a necesidades médicas usted depende de equipos de soporte vital o de otro tipo de equipos, usted podría ser elegible para obtener energía adicional al precio base más bajo a través del programa Medical Baseline.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) • 1-866-675-6623

Si usted destina un alto porcentaje de su ingreso al pago de las facturas de energía, podría reunir las condiciones para recibir asistencia económica y servicios de aislamiento térmico a través de este programa administrado por el California Department of Community Services and Development.

Universal Lifeline Telephone Service (ULTS)

Obtenga acceso telefónico a bajo precio cuando reúna los requisitos de ingreso similares al programa CARE. Para más información, contacte a su compañía local de teléfonos.



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA
Cientes Residenciales

Forma 79-1052

1. Complete la **Sección 1**.
2. Complete la **Sección 2A** o la **Sección 2B**.
3. Firme y ponga la fecha en esta solicitud y envíela a PG&E.

Si usted cumple con los requisitos, su descuento CARE o FERA aparecerá en la primera página de su próxima factura de PG&E.

1 Usted y su hogar

<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Su número de cuenta de PG&E

(Encuéntrelo en la primera página de su factura de PG&E.)

Nombre del titular de la cuenta

(Use el nombre que aparece en su factura de PG&E, la cual debe estar en su nombre.)

La dirección de su hogar

Unidad #

(La dirección debe ser su residencia principal. **NO** utilice casilla de correo (P.O. Box).)

Ciudad/estado/código postal

Dirección de email

(Al escribir su dirección de email, usted autoriza que PG&E le envíe información de vez en cuando, en relación a servicios y programas de PG&E que podrían estar disponibles para usted.)

Número de teléfono preferido

Hogar

Trabajo

Móvil

Número de teléfono alternativo

Hogar

Trabajo

Móvil

¿Qué idioma prefiere para comunicaciones futuras de CARE y FERA? (Elija uno)

Inglés

Español

Mandarín

Cantonés

Vietnamita

Ruso

Coreano

Tagalo

Hmong

¿Cuál es su método de comunicación preferido? (Elija uno)

Correo

Email

Teléfono

Texto

(Podría haber cargos por mensaje y datos.)

Número de personas en el hogar en esta dirección:

Adultos **+ Niños** (menores de 18) **=**

2

Cumplimiento de los requisitos del hogar

Complete la Sección 2A **O** la Sección 2B.

2A Programas de asistencia pública: Marque todos los programas en los que usted o alguien en su hogar participa.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) | <input type="checkbox"/> Medi-Cal for Families (Healthy Families A&B) |
| <input type="checkbox"/> Women, Infants, and Children (WIC) | <input type="checkbox"/> National School Lunch Program (NSLP) |
| <input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP (estampillas de alimentos) | <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs (TANF) o Tribal TANF | <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (menor de 65 años) |
| <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (solo tribus indígenas) | <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (65 años o más) |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) | |

0

2B Ingresos del hogar

Actualmente tengo ingresos fijos y recibo ingresos o beneficios de uno o más de los siguientes programas: pensiones, Seguro social, SSP o SSDI, intereses/dividendos de cuentas de jubilación, Medicaid/Medi-Cal (65 años o más) o SSI.

Los ingresos de mi hogar son:

Total de ingresos anuales brutos del hogar \$ **.00**

(por favor, incluya todos los ingresos de todos los miembros del hogar)

3

Su declaración

Al firmar esta declaración, certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta.

Reconozco que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Asimismo, convengo en respetar los términos y condiciones del programa CARE o del programa FERA, incluyendo los siguientes:

1. No he sido designado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona con excepción de mi cónyuge.
2. No comparto intencionalmente un medidor de energía con otra vivienda.
3. Notificaré a PG&E si mi hogar deja de reunir los requisitos para recibir el descuento de CARE o FERA.
4. Comprendo que yo podría estar obligado a proporcionar un comprobante de los ingresos de mi hogar.
5. Comprendo que yo podría estar obligado a participar en el Energy Savings Assistance Program.
6. Comprendo que yo podría ser retirado del programa CARE si mi consumo eléctrico mensual excede seis veces el límite de consumo permitido del Nivel 1.
7. Entiendo que me pueden cambiar o darme de baja del programa CARE o FERA si presento información o PG&E recibe información de otros programas que consideran que no reúno los requisitos.
8. 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 empresas de servicios públicos, agencias estatales y entidades designadas por la CPUC.
9. Reembolsaré el descuento que yo haya recibido si proporcioné información falsa para apoyar mi solicitud a los programas CARE o FERA.

X

Firma del cliente

Fecha

- Rellene el círculo si es tutor o tiene carta de poder.

FOR INTERNAL USE ONLY

