SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA

Clientes residenciales con sub-medidor

Forma 01-9285

Por favor, pídale a su arrendador o a su administrador que complete la sección 1A. Usted complete la sección 1B relativa a usted y a su hogar, y luego complete YA SEA la sección 2A **O** la 2B. Firme y ponga la fecha en esta solicitud y envíela a PG&E lo antes posible. **Si usted cumple con los requisitos, PG&E le notificará a usted y a su arrendador o a su administrador, quien le transferirá el descuento CARE o FERA.**

1 1A Su arrendador y su residencia

Situación del solicitante: ○ NUEVO ○ CANCELÓ EL PROGRAMA ○ RE-INSCRIPCIÓN ○ SE MUDÓ A OTRO LUGAR

Números de cuenta de PG&E: Electricidad ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐ Gas ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐

Nombre de su parque de casas móviles/residencia

Dirección de su parque de casas móviles/residencia (Ciudad/Estado/Código postal)

Nombre de su arrendador o administrador

Número de teléfono preferido ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil

Dirección de su arrendador o administrador (Ciudad/Estado/Código postal)

Dirección de email

1B Usted y su hogar

Su nombre (Como aparece en la factura de energía de su arrendador, la cual debe estar a su nombre.)

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.)

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

Unidad #/Ciudad/Estado/Código postal

Su dirección postal Unidad #/Ciudad/Estado/Código postal

Número de teléfono preferido ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil

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

☐ Inglés ☐ Español ☐ Mandarín ☐ Cantonés ☐ Vietnamita
☐ Ruso ☐ Coreano ☐ Tagalo ☐ Hmong

Número de teléfono alternativo ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil

¿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.

- ☐ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- ☐ Women, Infants, and Children (WIC)
- ☐ 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 (menor de 65 años)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal (65 años o más)

Si usted marcó alguna de estas casillas, salte a la Sección 3.

O

2B Ingreso del hogar

Si usted no marcó ninguna de las casillas en la Sección 2A, por favor sume todos los ingresos de cada miembro del hogar y a continuación, marque la casilla que coincide con su ingreso bruto total anual.

☐ Mi ingreso es fijo actualmente y recibo ingresos o beneficios de uno o más de lo siguiente: pensiones, Seguro Social, SSP o SSDI, intereses/dividendos de cuentas de retiro, Medicaid/Medi-Cal (65 años o más) o SSI.

El ingreso de mi hogar es:

☐ $0–$34,480	☐ $65,501–$70,320	☐ $88,241–$97,200
☐ $34,481–$43,440	☐ $70,321–$76,700	☐ $97,201–$99,100
☐ $43,441–$52,400	☐ $76,701–$79,280	☐ $99,101–$106,160
☐ $52,401–$54,300	☐ $79,281–$87,900	☐ $106,161–$110,300
☐ $54,301–$61,360	☐ $87,901–$88,240	☐ Otro $_____
☐ $61,361–$65,500		

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. Autorizo a PG&E a divulgarle mi información a otras compañías de servicios públicos a fin de facilitar la inscripción en programas de asistencia para la administración de la energía y programas de descuento que estén disponibles.
8. 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

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

FOR INTERNAL USE ONLY
508

Fecha

La información recabada en esta solicitud es manejada de conformidad con la Política de Privacidad de PG&E. La Política de Privacidad está disponible en **pge.com/privacidad**.
"PG&E" se refiere a Pacific Gas and Electric Company, una subsidiaria de PG&E Corporation. ©2020 Pacific Gas and Electric Company. Todos los derechos reservados.