



# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA

## Cientes Residenciales

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

# Ahorre en su factura mensual de PG&E

## California Alternate Rates for Energy (CARE)

[pge.com/care-es](http://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.

Requisitos de ingreso CARE  
(válido hasta el 31 de mayo, 2024)

Número de personas en el hogar	Ingreso bruto total anual del hogar*
1-2	\$39,440 o menos
3	\$49,720 o menos
4	\$60,000 o menos
5	\$70,280 o menos
6	\$80,560 o menos
7	\$90,840 o menos
8	\$101,120 o menos
Por cada persona adicional, añada	\$10,280

## Family Electric Rate Assistance (FERA)

[pge.com/fera-es](http://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.

Requisitos de ingreso FERA  
(válido hasta el 31 de mayo, 2024)

Número de personas en el hogar	Ingreso bruto total anual del hogar*
1-2	No es elegible
3	\$49,721-\$62,150
4	\$60,001-\$75,000
5	\$70,281-\$87,850
6	\$80,561-\$100,700
7	\$90,841-\$113,550
8	\$101,121-\$126,400
Por cada persona adicional, añada	\$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.

†Información de cambios de tarifas en [pge.com/findrates](http://pge.com/findrates)

## Cómo puede inscribirse

**Internet:** Solicite por Internet para inscribirse más rápidamente visitando [pge.com/care-es](http://pge.com/care-es)

**Teléfono:** Inscribese llamando al 1-866-743-2273

**Email:** Saque una foto o escanee su solicitud completa y envíe la imagen a: [CAREandFERA@pge.com](mailto:CAREandFERA@pge.com)

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

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

## Otros programas y servicios útiles

**Energy Savings Assistance Program**  
[pge.com/energysavings-es](http://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.

**Energy Savings Assistance Program**

**Budget Billing**  
[pge.com/budgetbilling](http://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](http://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.

**Your Account**  
[pge.com/youraccount](http://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.

**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 Clientes Residenciales

Forma 01-9077

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 por correo 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

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

**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.)

**¿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.)

**Su número de cuenta de PG&E**  
(Encuéntrelo en la primera página de su factura de PG&E.)

**Número de teléfono preferido**     Hogar     Trabajo     Móvil

**Número de teléfono alternativo**     Hogar     Trabajo     Móvil

**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)	

## 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**

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

\_\_\_\_\_

**Fecha**

FOR INTERNAL USE ONLY  
COC 2643

## 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)