



ABOUT THE CARE/FERA PROGRAM

- **California Alternate Rates for Energy (CARE)** Program provides a monthly discount on energy bills for income-qualified households.
- **Family Electric Rate Assistance (FERA)** Program provides a monthly discount on electric bills for income-qualified households of three or more persons.

PROGRAM GUIDELINES

- The PG&E bill must be in your name.
- You must live at the address where the discount will be received.
- You may not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- You may not share an energy meter with another home.
- Your household must meet the program income guidelines described in this application.
- You must notify PG&E if your household no longer qualifies for the CARE/FERA discount.
- PG&E will notify you when it is time for you to reapply, if you still qualify.
- Tenants of sub-metered mobile home parks, apartments and marinas must use the "CARE/FERA Program Application for Tenants of Sub-Metered Facilities". (See Landlord / Manager for form 01-9285)

OTHER PROGRAMS AND FREE SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR

- **Balanced Payment Plan** – Contact PG&E Customer Services to see how your monthly payments can be evened out to allow you to budget your energy costs. Call 1-800-743-5000 for more information.
- **Bill Guaranty** – A deposit alternative enables customers to secure their account by having another qualifying PG&E customer sign on their behalf. Call 1-800-743-5000 for more information.
- **Energy Partners** – Free energy education and weatherization to income-qualified customers. Call 1-800-989-9744 for more information.
- **LIHEAP** – Low Income Home Energy Assistance Program. Provides bill payment assistance, emergency bill assistance and weatherization services. Call the Department of Community Services and Development (CSD) at 1-866-675-6623 for more information.
- **Medical Baseline** – Provides services at the lowest rates to customers with documented needs. Call 1-800-743-5000 for more information.
- **REACH** – Contact the Salvation Army for one-time assistance in paying your bills. Call the Salvation Army at 1-800-933-9677 for more information.
- **Third-Party Notification** – Allows you to name a friend or relative to receive duplicate copies of past-due payment notices. The designated person is not responsible for paying the bill, but can contact PG&E to help resolve the problem. Call 1-800-743-5000 for more information.
- **ULTS** – Universal Lifeline Telephone Service provides discounted telephone access. Contact your local telephone service provider for more information.

Mail Completed Application to:

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

E-mail: CAREandFERA@pge.com

TDD/TTY 1-800-652-4712 for speech/hearing-impaired, Monday – Friday, 9:00 a.m. – 11:00 p.m.

California Relay 1-800-735-2929 if you can not utilize the TDD line



INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE CARE/FERA

- El programa de **California Alternate Rates for Energy (CARE)** ofrece un descuento mensual en las cuentas de energía a los hogares que reúnan los requisitos de ingresos.
- El programa de **Family Electric Rate Assistance (FERA)** ofrece un descuento mensual en las cuentas de electricidad a los hogares de tres o más personas que reúnan los requisitos de ingresos.

REQUISITOS DEL PROGRAMA

- La cuenta de PG&E 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 medidor de energía con otro hogar.
- Los ingresos anuales del hogar no deben exceder 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.
- Los inquilinos con medidores "Sub-Metered" que pertenecen a parques de casas móviles, apartamentos o muelles para botes, deben llenar otro formulario llamado "Solicitud del Programa CARE/FERA para Inquilinos de Instalaciones Residenciales Sub-Metered". (Visite al propietario/administrador del Mobile Home Park para obtener el formulario 01-9285).

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS GRATUITOS PARA LOS QUE USTED PODRIA CALIFICAR

- **Plan de Pagos Balanceados** – Comuníquese con PG&E para saber como puede uniformar sus pagos, de modo que pueda hacer un presupuesto para el pago de sus cuentas de electricidad y gas. Llame al 1-800-743-5000 para más información.
- **Depósito de Garantía para Abrir Una Cuenta en PG&E** – Una alternativa de depósito que permite a los clientes asegurar su cuenta al designar a otro cliente que reúne los requisitos de PG&E para que firme en su nombre. Llame al 1-800-743-5000 para más información.
- **Energy Partners** – 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.
- **REACH** – Póngase en contacto con el Salvation Army para recibir ayuda, por una sola vez, para el pago de sus cuentas de electricidad y gas. Llámelos al 1-800-933-9677.
- **Notificación a Terceras Personas** – Permite designar a un amigo o familiar para que reciba una copia de sus notificaciones de cuentas vencidas y no pagadas. La persona designada no es responsable del pago de la cuenta, pero puede contactar a PG&E para ayudarlo a resolver el problema. Llame al 1-800-743-5000 para más información.
- **ULTS** – La Línea Universal de Servicio Telefónico le brinda acceso telefónico, a bajo precio. 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

E-mail: 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 CUSTOMER INFORMATION: *(please print clearly)*

PG&E Account Number:

(This number is located on the first page of your PG&E bill)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | | | | | | - | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

Name

Telephone

Home Address *(Do NOT use a P.O. Box)*

Apartment #

City

Zip Code

Mailing Address *(If different from the above address)*

Apartment #

City

Zip Code

Number of Persons in Household: Adults _____ + Children (under 18) _____ = _____

2A PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY:

CHECK all programs you participate in, then **GO TO** section 3.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (under age 65) | <input type="checkbox"/> LIHEAP | <input type="checkbox"/> NSL FREE Lunch Program |
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over) | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance |
| <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Healthy Families A & B | <input type="checkbox"/> Head Start Income Eligible (Tribal Only) |
| <input type="checkbox"/> Food Stamps/SNAP | <input type="checkbox"/> TANF or Tribal TANF | |

If you do not participate in any of the above programs, **GO TO** section 2B

2B HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY: *(skip if you filled out section 2A)*

CHECK all sources of household income. You will be enrolled in either the CARE or FERA Program depending on your household size and income.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pensions | <input type="checkbox"/> Wages and/or Profits from Self-Employment | <input type="checkbox"/> Scholarships, Grants or other aid for living expenses |
| <input type="checkbox"/> Social Security | <input type="checkbox"/> Rental or Royalty Income | <input type="checkbox"/> Insurance or Legal Settlements |
| <input type="checkbox"/> SSP or SSDI | <input type="checkbox"/> Unemployment Benefits | <input type="checkbox"/> Spousal or Child Support |
| <input type="checkbox"/> Interests/Dividends from: Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts | <input type="checkbox"/> Disability or Workers Compensation Payments | <input type="checkbox"/> Cash and/or Other Income |

| Number of Persons in Household | Annual Income* | |
|----------------------------------|----------------|---------------------|
| | CARE | FERA |
| 1-2 | \$31,300 | Not Eligible |
| 3 | \$36,800 | \$36,801 - \$46,100 |
| 4 | \$44,400 | \$44,401 - \$55,600 |
| 5 | \$52,000 | \$52,001 - \$65,100 |
| 6 | \$59,600 | \$59,601 - \$74,600 |
| For each additional person, add: | \$7,600 | \$7,600 - \$9,500 |

* Before taxes based on current income sources

Valid until May 31, 2011

Total Annual Household Income: \$,

3 DECLARATION: *(please read and sign)*

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of income if asked. I agree to inform Pacific Gas and Electric Company (PG&E) if I no longer qualify to receive the discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that PG&E can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

X _____
Customer Signature ○ fill in circle if guardian or power of attorney Date

For Internal Use Only
361



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

Número de Cuenta de PG&E:

(Su número de cuenta aparece en la primera página de la factura de PG&E)

_____-____

(____)

Nombre (Como aparece en la factura)

Teléfono

Dirección del Hogar (No use P.O. Box)

Departamento #

Ciudad

Código Postal

Dirección Postal, si tiene

(Llene sólo si su dirección postal es diferente a la que aparece arriba)

Departamento #

Ciudad

Código Postal

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

2A ELEGIBILIDAD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PUBLICA:

MARQUE todos los programas a los que pertenece y PASE A la sección 3.

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

Si no está inscrito en ninguno de los programas arriba indicados, PASE A la sección 2B

2B ELEGIBILIDAD DE ACUERDO A LOS INGRESOS EN EL HOGAR: (pase a la sección 3, si ya llenó la sección 2A)

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 cuántas personas vivan en el hogar y el monto de sus ingresos salariales.

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

| Número de Personas en el Hogar | Ingreso Anual* | |
|--------------------------------------|----------------|---------------------|
| | CARE | FERA |
| 1-2 | \$31,300 | No Aplica |
| 3 | \$36,800 | \$36,801 - \$46,100 |
| 4 | \$44,400 | \$44,401 - \$55,600 |
| 5 | \$52,000 | \$52,001 - \$65,100 |
| 6 | \$59,600 | \$59,601 - \$74,600 |
| Por cada persona adicional, agregue: | \$7,600 | \$7,600 - \$9,500 |

* Antes de impuestos basado en fuentes de ingreso actual

Válido hasta el 31 de mayo, 2011

Ingreso Total Anual del Hogar:

\$ _____, _____

3 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 (PG&E) 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 PG&E 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

Marque aquí si es tutor o tiene carta de poder

Fecha

For Internal Use Only

361