Forma 79-1056

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA
Clientes residenciales con sub-medidor

Ahorre en su factura mensual de PG&E

Si su arrendador le factura directamente por el consumo de gas y electricidad, usted es considerado como un cliente con "sub-medidor". A pesar de que usted no es cliente directo de PG&E, usted podría calificar para programas que lo ayuden a reducir el monto de su factura de energía, incluyendo los programas CARE y FERA.

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

California Alternate Rates for Energy (CARE)
pge.com/care-es • 1-800-468-4743

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.

Usted necesitará que su arrendador(a) o administrador(a) complete la sección 1A de esta solicitud. Si su arrendador(a) tiene preguntas, dígale que nos envíe un correo electrónico a **CAREandFERA@pge.com**.

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 que reciban un ingreso ligeramente más alto que el requerido para CARE.

Vea los requisitos de ingreso de FERA que incluimos aquí para ver si cumple con los requisitos e inscríbase completando la solicitud incluida.

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

Cómo puede inscribirse

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

Correo:
Envíe la solicitud completa a
CARE/FERA Program
P.O. Box 29647
Oakland, CA 94604-7563

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

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

Requisitos de ingreso CARE/FERA (válido hasta el 31 de mayo, 2026)		
Número de personas en el hogar	**Ingreso bruto total anual del hogar***	
	CARE	**FERA**
1–2	$42,300 o menos	$42,301–$52,875
3	$53,300 o menos	$53,301–$66,625
4	$64,300 o menos	$64,301–$80,375
5	$75,300 o menos	$75,301–$94,125
6	$86,300 o menos	$86,301–$107,875
7	$97,300 o menos	$97,301–$121,625
8	$108,300 o menos	$108,301–$135,375
Por cada persona adicional, añada	$11,000	$11,000–$13,750

*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.

Energy Savings Assistance Program℠

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.

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. ©2025 Pacific Gas and Electric Company. Todos los derechos reservados.
Estas ofertas reciben financiamiento de los clientes de servicios públicos de California y son administradas por PG&E bajo los auspicios de la California Public Utilities Commission. Rev. 6.25 CRS-0625-4755

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA

Clientes residenciales con sub-medidor

Forma 79-1056

1. Pídale a su arrendador o al administrador de sus instalaciones que llene la Sección 1A.
2. Llene la Sección 1B.
3. Llene la Sección 2A **O** la Sección 2B. Para reunir los requisitos de este programa, **solo se requiere una sección (A o B)**.
4. Firme y póngale la fecha a este formulario, y envíelo por correo a PG&E lo antes posible. **Al firmar esta solicitud, usted acepta poner a disposición del arrendador o administrador de sus instalaciones la determinación de PG&E sobre su elegibilidad para participar en CARE o FERA de forma que ellos le pasen el descuento si usted reúne los requisitos.**

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

1 1A Su arrendador y su residencia

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

Dirección de su arrendador o administrador

Ciudad/estado/código postal

Dirección de email

Número de teléfono preferido ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil

1B Usted y su hogar

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

Su dirección postal Unidad #

Ciudad/estado/código postal

Su 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 ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil

Número de teléfono alternativo ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil

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

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

¿Qué idioma prefiere para comunicaciones futuras de CARE y FERA? (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) ☐ **=** 0

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)

O

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 se me puede requerir que proporcione un comprobante de los ingresos de mi hogar.
5. Comprendo que se me puede requerir que participe 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

W