Forma 01-9077

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA

Clientes 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
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.*

Requisitos de ingreso CARE
(válido hasta el 31 de mayo, 2026)

Número de personas en el hogar	Ingreso bruto total anual del hogar*
1–2	$42,300 o menos
3	$53,300 o menos
4	$64,300 o menos
5	$75,300 o menos
6	$86,300 o menos
7	$97,300 o menos
8	$108,300 o menos
Por cada persona adicional, añada	$11,000

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

Requisitos de ingreso FERA
(válido hasta el 31 de mayo, 2026)

Número de personas en el hogar	Ingreso bruto total anual del hogar*
1–2	$42,301–$52,875
3	$53,301–$66,625
4	$64,301–$80,375
5	$75,301–$94,125
6	$86,301–$107,875
7	$97,301–$121,625
8	$108,301–$135,375
Por cada persona adicional, añada	$11,000–$13,750

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

*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**

Cómo puede inscribirse

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

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

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**

Otros programas y servicios útiles

Energy Savings Assistance Program
pge.com/energysavings-es
1-800-933-9555

Energy Savings Assistance Program™

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.

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.

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.

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.

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

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE/FERA

Clientes Residenciales

Forma 01-9077

1. Llene la **Sección 1**.
2. Llene la **Sección 2A** O la **Sección 2B**. Para reunir los requisitos de este programa, **solo se requiere una sección (A o B)**.
3. Firme y póngale la fecha a este formulario, y envíelo 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

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 (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.)

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) ☐ = 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 ◯ Rellene el círculo si es tutor o tiene carta de poder.

Fecha

FOR INTERNAL USE ONLY
W

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.