Pacific Gas and Electric Company

CARE/FERA Program Application for **Residential Single-Family Customers**

01-9077
Rev. 06/01/12

ABOUT THE CARE/FERA PROGRAM

California Alternate Rates for Energy (CARE)
Provides a monthly discount on energy bills for income-qualified households.

Family Electric Rate Assistance (FERA)
Provides a monthly discount on electric bills for income-qualified households of three or more persons.

PROGRAM GUIDELINES

1. The PG&E bill must be in your name.
2. You must live at the address where the discount will be received.
3. You may not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
4. You may not share an energy meter with another home.
5. You must account for all sources of qualifying household income and meet the program income guidelines described in this application.
6. You must notify PG&E if your household no longer qualifies for the CARE/FERA discount.
7. Following enrollment, you may be selected for income verification and must provide proof of qualifying household income in order to remain on the program.
8. You are required to recertify your eligibility every two years (four years if fixed income).

INCOME GUIDELINES
(valid until May 31, 2013)

Number of Persons in Household	Annual Income (before taxes based on current income sources)	
	CARE	**FERA**
1	$22,340	Not Eligible
2	$30,260	Not Eligible
3	$38,180	$38,181 - $47,725
4	$46,100	$46,101 - $57,625
5	$54,020	$54,021 - $67,525
6	$61,940	$61,941 - $77,425
7	$69,860	$69,861 - $87,325
8	$77,780	$77,781 - $97,225
For each additional person, add:	$7,920	$7,920 - $9,900

OTHER PROGRAMS AND FREE SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR

- **Balanced Payment Plan:** Monthly payments can be averaged out to allow you to budget your energy costs and eliminate big swings in your payments. 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.
- **Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP):** 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:** Residential customers dependent on life support equipment and/or with special heating or cooling needs due to certain medical conditions may be eligible to receive additional quantities of energy at the lowest (baseline) price. Call 1-800-743-5000 for more information.
- **REACH:** One-time energy-assistance program sponsored by PG&E and administered by the Salvation Army. Call 1-800-933-9677 for more information.
- **Energy Savings Assistance Program:** Provides income-qualified renters and homeowners with easy, free solutions to help manage their energy use and save money on their monthly energy bills. Call 1-800-989-9744 for more information.

Energy Savings Assistance Program™

- **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.
- **Universal Lifeline Telephone Service (ULTS):** Provides discounted telephone access. Contact your local telephone service provider for more information.
- **SmartMeter™** technology gives you more control than ever before over your energy use. With this information, you can better understand how energy use impacts your monthly bill and make better decisions to reduce your energy costs. Call 1-866-743-0263 for more information.

FOR MORE INFORMATION

CARE: 1-866-743-2273 http://www.pge.com/care | **FERA:** 1-800-743-5000 http://www.pge.com/fera

Email: 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 cannot utilize the TDD line

Pacific Gas and Electric Company®

Solicitud del Programa CARE/FERA para **Clientes Residenciales de Familias Individuales**

01-9077
Rev. 06/01/12

INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE CARE/FERA

California Alternate Rates for Energy (CARE)

Ofrece un descuento mensual en las cuentas de energía a los hogares que reúnan los requisitos de ingresos.

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

1. La cuenta de PG&E debe estar a su nombre.
2. Debe vivir en la dirección donde se recibirá el descuento.
3. El solicitante no puede ser declarado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona que no sea su esposo(a).
4. El solicitante no debe compartir el medidor de energía con otro hogar.
5. Deberá tener en cuenta todas las fuentes de ingresos que califican bajo la unidad familiar y cumplir con los requisitos de ingresos del programa que se describen en esta solicitud.
6. Debe informar a PG&E si su hogar ya no califica para el descuento del programa de CARE/FERA.
7. Después de su inscripción, podría ser seleccionado para que se verifiquen sus ingresos y deberá presentar pruebas de que su hogar califica para permanecer en este programa.
8. Usted tiene obligación de renovar su elegibilidad cada dos años (cuatro años si tiene ingresos fijos).

REQUISITOS DE INGRESOS
(Válido hasta el 31 de mayo, 2013)

Número de Personas en el Hogar	Ingreso Anual (antes de impuestos basado en fuentes de ingreso actual)	
	CARE	**FERA**
1	$22,340	No Aplica
2	$30,260	No Aplica
3	$38,180	$38,181 - $47,725
4	$46,100	$46,101 - $57,625
5	$54,020	$54,021 - $67,525
6	$61,940	$61,941 - $77,425
7	$69,860	$69,861 - $87,325
8	$77,780	$77,781 - $97,225
Por cada persona adicional, agregue:	$7,920	$7,920 - $9,900

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS GRATUITOS PARA LOS QUE USTED PODRÍA CALIFICAR

- **Plan de Pago Equilibrado:** Sus pagos mensuales se pueden promediar permitiéndole hacer un presupuesto basado en su consumo de energía, así eliminando una variación grande en sus pagos. Para más información, llame al 1-800-743-5000.
- **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 a nombre suyo. Para más información, llame al 1-800-743-5000.
- **Low Income Home Energy Assistance Program (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.
- **Medical Baseline:** Los clientes residenciales que dependan de equipos de soporte vital y/o que tengan necesidades especiales relacionadas con la calefacción o el aire acondicionado debido a ciertos padecimientos médicos podrían reunir los requisitos para obtener más energía a un precio más bajo (baseline). Para más información, llame al 1-800-743-5000.
- **REACH:** Es un programa que le ayuda al cliente a pagar su cuenta de energía por una sola vez y está patrocinado por PG&E y administrado por el Salvation Army. Para más información, llame al 1-800-933-9677.
- **Energy Savings Assistance Program:** Ofrece a los inquilinos y a los propietarios de viviendas que reúnan los requisitos de ingresos, soluciones sencillas y gratuitas para ayudarles a manejar su consumo de energía y ahorrar dinero en sus facturas mensuales. Para más información, llame al 1-800-989-9744.

Energy Savings Assistance Program™

- **Notificación a Terceras Personas:** Permite designar a un amigo o familiar para que reciba una copia de las notificaciones de cuentas vencidas y no pagadas. La persona designada no es responsable del pago de la cuenta, pero puede comunicarse con PG&E para ayudar a resolver el problema. Para más información, llame al 1-800-743-5000.
- **Universal Lifeline Telephone Service (ULTS):** La Línea Universal de Servicio Telefónico le brinda acceso telefónico, a bajo precio. Llame a su compañía local de teléfonos para más información.
- **SmartMeter™:** Su tecnologìa le da más control que nunca a su consumo de energía. Con esta información, podrá entender mejor cómo su consumo de electricidad afecta su factura mensual y le permitirá tomar mejores decisiones para reducir sus costos de energía. Para más información, llame al 1-866-743-0263.

PARA MAS INFORMACIÓN

CARE: 1-866-743-2273 http://www.pge.com/care | **FERA:** 1-800-743-5000 http://www.pge.com/fera

Email: 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

Pacific Gas and Electric Company

CARE/FERA Program Application for **Residential Single-Family Customers**

01-9077
Rev. 06/01/12

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)**_____ **=** _____

Total Gross Annual Household Income:
(please account for all income from every household members) **$** ___,___.00

2A HOUSEHOLD INCOME ELIGIBILITY:

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

- ☐ Pensions
- ☐ Social Security
- ☐ SSP or SSDI
- ☐ Interests/Dividends from: Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts
- ☐ Wages and/or Profits from Self-Employment
- ☐ Rental or Royalty Income
- ☐ Unemployment Benefits
- ☐ Disability or Workers Compensation Payments
- ☐ Scholarships, Grants or Other Aid for Living Expenses
- ☐ Insurance or Legal Settlements
- ☐ Spousal or Child Support
- ☐ Cash and/or Other Income

2B PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY:

CHECK ALL programs you or someone in your household participate in.

- ☐ Medicaid/Medi-Cal (under age 65)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over)
- ☐ Supplemental Security Income (SSI)
- ☐ CalFresh/SNAP (Food Stamps)
- ☐ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- ☐ Women, Infants and Children (WIC)
- ☐ Healthy Families A & B
- ☐ CalWORKs (TANF) or Tribal TANF
- ☐ National School Lunch Program (NSLP)
- ☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance
- ☐ Head Start Income Eligible (Tribal Only)

3 DECLARATION: *(please read and sign)*

I agree to provide proof of household income if asked. I also agree to inform Pacific Gas and Electric Company (PG&E) if my household income no longer qualifies me 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 municipal agencies, state or federal agencies, other utilities or their agents to facilitate enrollment in their assistance programs. I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information I have provided in this application is true and correct.

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

For Internal Use Only
373

Mail completed application to: Pacific Gas and Electric Company
CARE/FERA Program
P. O. Box 7979
San Francisco, CA 94120-7979

Or fax completed application to: 415-973-6419

Pacific Gas and Electric Company

Solicitud del Programa CARE/FERA para **Clientes Residenciales de Familias Individuales**

01-9077
Rev. 06/01/12

1 INFORMACIÓN 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 **Departamento #** **Ciudad** **Código Postal**
(Llene sólo si su dirección postal es diferente a la que aparece arriba)

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

Total de ingresos anuales brutos de la unidad familiar:
(por favor, tenga en cuenta todos los ingresos de todos los miembros de la unidad familiar) **$** ☐☐☐,☐☐☐.00

2A ELEGIBILIDAD DE ACUERDO A LOS INGRESOS EN EL HOGAR:

MARQUE TODAS las fuentes de ingreso de la familia. Usted podría ser inscrito 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

2B ELEGIBILIDAD PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:

MARQUE TODOS los programas que usted o alguien en su hogar están recibiendo.

- ☐ Medicaid/Medi-Cal (menor de 65 años)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal (65 años o más)
- ☐ Supplemental Security Income (SSI)
- ☐ CalFresh/SNAP (Estampillas de Alimentos)
- ☐ Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- ☐ Women, Infants and Children (WIC)
- ☐ Healthy Families A & B
- ☐ CalWORKs (TANF) o Tribal TANF
- ☐ National School Lunch Program (NSLP)
- ☐ Bureau of Indian Affairs General Assistance
- ☐ Head Start Income Eligible (Sólo Tribus Indígenas)

3 DECLARACIÓN: *(por favor lea y firme abajo)*

Me comprometo a facilitar pruebas documentales de los ingresos de la unidad familiar en caso de que se me pida. También acepto informar a Pacific Gas and Electric Company si en algún momento mi unidad familiar dejase de reunir los requisitos para recibir el descuento. Comprendo que si recibo el descuento sin reunir los requisitos, se me puede exigir que devuelva el descuento que haya recibido. Soy consciente de que PG&E podrá compartir mis datos con agencias municipales, estatales o federales, con otras compañías de servicios públicos o con sus representantes, con objeto de facilitar la inscripción en sus respectivos programas de asistencia. Declaro que la información que he facilitado en esta solicitud es veraz y correcta, incurriendo en perjurio según la legislación del Estado de California si no lo fuera.

For Internal Use Only
373

X _____
Firma del Cliente ○ Marque aquí si es tutor o tiene carta de poder **Fecha**

Envíe la aplicación completa a: Pacific Gas and Electric Company
CARE/FERA Program
P. O. Box 7979
San Francisco, CA 94120-7979

O envíela por fax al teléfono: 415-973-6419