



---

## **ABOUT THE CARE / FERA PROGRAM**

- **California Alternate Rates for Energy (CARE)** Program provides a 20% discount on your monthly energy bill for qualifying households.
- **Family Electric Rate Assistance (FERA)** Program provides savings on your electric bill for large households of three or more persons with low-to middle-income.

---

## **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 share energy meter(s) with another home.
- You may not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse.
- 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.
- 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**

- **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.
- **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.
- **Medical Baseline** - Provides services at the lowest rates to customers with documented needs. Call 1-800-PGE-5000 for more information.
- **Energy Partners** - Free energy education and weatherization to income-qualified customers. Call 1-800-989-9744 for more information.
- **Balanced Payment Plan** – Contact Pacific Gas and Electric Company Customer Services to see how your monthly payments can be evened out to allow you to budget your energy costs. Call 1-800-PGE-5000 for more information.
- **ULTS** – Universal Lifeline Telephone Service provides discounted telephone access for customers meeting similar income guidelines as CARE. 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](http://www.pge.com/care)

FERA: ☎ **1-800-743-5000** Fax: ☎ 415-973-6419 [www.pge.com/fera](http://www.pge.com/fera)

**TDD/TTY 1-800-652-4712** for Speech/Hearing-Impaired, Monday – Friday 9am - 11pm

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



## INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE CARE / FERA

- El programa de **California Alternate Rates for Energy (CARE)** ofrece un descuento del 20% en la cuenta mensual de electricidad y gas a los hogares que califican.
- El programa de **Family Electric Rate Assistance (FERA)** proporciona ahorros sólo en la cuenta de electricidad a hogares de tres o más personas, de ingresos bajos y medianos.

## PAUTAS 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 debe compartir el/los medidor(es) de energía con otro hogar.
- El solicitante no puede ser declarado como dependiente en el formulario de impuestos de otra persona que no sea su esposo(a).
- Los ingresos anuales del hogar no deben exceder las pautas de ingresos mencionadas en esta solicitud.
- Debe informar a PG&E si su hogar ya no reúne los requisitos para el descuento del programa de CARE / FERA.
- 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 de su instalación para obtener el formulario 01-9285).

## OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS GRATUITOS PARA LOS QUE USTED PODRÍA CALIFICAR

- **LIHEAP** – Programa de Ayuda para el Pago de Energía para los Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP). Este es un programa que brinda asistencia con el pago de sus cuentas, asistencia de emergencia para el pago de sus cuentas, y servicios gratuitos para el ahorro de energía, a clientes que reúnan los requisitos. Para más información, llame al Departamento de Servicios y Desarrollo de la Comunidad (CSD) al 1-866-675-6623.
- **REACH** – Póngase en contacto con el Ejército de Salvación (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.
- **Línea Médica Básica (Medical Baseline)** – Brinda servicios, por medio del pago de tarifas más bajas, a los clientes que tengan necesidades médicas comprobadas. Llame al 1-800-743-5000 para más información.
- **Socios en la Energía** – Ofrece consejos y servicios gratuitos sobre ahorros de energía a clientes que reúnan los requisitos. Llame al 1-800-989-9744 para más información.
- **Plan de Pagos Balanceados** – Comuníquese con Pacific Gas and Electric Company para investigar 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.
- **ULTS** – La Línea Universal de Servicio Telefónico le brinda acceso telefónico, a bajo precio, a aquellos clientes que reúnan requisitos similares a los del Programa CARE. Llame a su compañía local de teléfonos para más información.

**Devuelva la solicitud llena 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](http://www.pge.com/care)

FERA: ☎ **1-800-743-5000** Fax: ☎ 415-973-6419 [www.pge.com/fera](http://www.pge.com/fera)

**TDD/TTY 1-800-652-4712** para los sordomudos, de lunes a viernes, desde las 9 a.m. hasta las 11 p.m.

**California Relay 1-800-735-2929** si no puede usar la línea TDD



1 CUSTOMER INFORMATION: (please print clearly)

Account Number:

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

Account number input boxes

Name

Telephone Number

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

Unit #

City

Zip Code

Mailing Address (If different from the above address)

Unit #

City

Zip Code

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

2a PUBLIC ASSISTANCE PROGRAM ELIGIBILITY:

CHECK all programs you participate in, then SKIP to section 3.

- Medi-Cal, Food Stamps, Healthy Families A & B, TANF (AFDC), LIHEAP, WIC

If you do not participate in any of the above programs, SKIP 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.

- Pensions, Social Security, SSI, SSP, SSDI, Wages or Salaries, Unemployment Benefits, Workers compensation, Disability payments, Rental or Royalty Income, Profit from self-employment, School Grants, Scholarships, Insurance Settlements, Legal Settlements, Child support, Spousal support, Cash and/or other income

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME: (effective June 1, 2008 to May 31, 2009)

Table with 3 columns: Number of Persons in Household, CARE, FERA. Rows for 1-2, 3, 4, 5, 6 persons and an additional person row.

Total Annual Household Income: \$ [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]

3 DECLARATION: (please read and sign below)

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 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 Pacific Gas and Electric Company can share my information with other utilities or their agents to enroll me in their assistance programs.

X Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

o fill in circle if guardian or power of attorney



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

Número de cuenta del cliente:

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

Grid for account number with a dash in the last box.

Nombre (Como aparece en la factura)

Número telefónico

Dirección del Hogar (No use P.O. Box)

Apartamento #

Ciudad

Código Postal

Dirección Postal, si tiene

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

Apartamento #

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 que pertenece y **PASE** a la sección 3.

- Medi-Cal (menor de 65 años), Medi-Cal (65 años o más), Stampillas de Alimentos, TANF (AFDC), WIC, Healthy Families A & B, LIHEAP

Si no está inscrito en ninguno de los programas arriba indicados, **LLENE** la sección 2b

**2b FUENTES DE INGRESOS DEL HOGAR:**

**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 cuantas personas viven en el hogar y el monto de sus ingresos.

- Pagos de Pensiones, Sueldos y/o Salarios, Donaciones Escolares, Becas u Otros Tipos de Ayuda para Gastos de Subsistencia del hogar, SSI, SSP, SSDI, Compensación al Trabajador, Reclamaciones del Seguro, Intereses y/o Dividendos de: Cuentas de Ahorros, Ingresos provenientes de Rentas o Regalías, Reclamaciones Legales, Acciones y Bonos, o Ganancias de su Propio Negocio (Formulario de IRS, Schedule C, Línea 29), Pagos por Pensión Alimenticia a Hijos, Pagos por Pensión Conyugal, Pagos en Efectivo y/u Otros Ingresos

**INGRESOS MÁXIMOS DEL HOGAR:** (efectivo Junio 1, 2008 hasta Mayo 31, 2009)

Table with columns: Número de Personas en el Hogar, Ingresos Anuales Combinados (Antes de impuestos), CARE, FERA

Ingreso Total Anual del Hogar:

\$ [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ]

**3 DECLARACIÓN:** (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 si mi situación financiera cambia y 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 Pacific Gas and Electric Company podría compartir esta información con otras compañías de suministro de energía o sus agentes, para suscribirme en sus programas de ayuda.

X Firma del Cliente \_\_\_\_\_ O Marque aquí si es tutor o tiene carta de poder \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_