Solicitud para el Programa CARE de Pacific Power

Envía por correo las formas completas a: CARE Program Manager
Pacific Power
825 NE Multnomah, Suite 2000
Portland, OR 97232

Para preguntas llama al número gratis: 1-888-221-7070

Información para el Cliente de Pacific Power: (Se requiere toda la información. Por favor escribe claramente)

Número de Cuenta: Puedes encontrar esto en la esquina superior derecha de tu factura de Pacific Power.

☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Nombre (tal y como aparece en tu factura de Pacific Power)

Domicilio (no apartados postales, por favor) Ciudad, Estado Código Postal

Dirección de Correo (si es diferente al de tu hogar) Ciudad, Estado Código Postal

Teléfono de día incluyendo código de área

Número de personas en tu hogar: Adultos ☐ + Niños ☐ = Total ☐

¿Cómo supiste del programa CARE? ☐ TV ☐ Radio ☐ Periódico ☐ sitio de la red ☐ anuncio en aplicación de Juego ☐ amigo/co-empleado ☐ otro

☐ Actualmente, tengo un ingreso fijo y recibo ingresos o beneficios de uno o más de los siguientes: pensiones, Seguro Social, SSP o SSDI, intereses/dividendos de cuentas de jubilación, Medicaid/Medi-Cal (65 años o más) o SSI.

Lineamientos del Programa CARE

La tabla de abajo ilustra los niveles de ingresos mensuales que califican para el programa CARE. Fíjate en los ingresos elegibles para el número de personas en tu hogar.

- La factura de Pacific Power debe estar a tu nombre.
- Debes vivir en el domicilio donde el descuento será recibido.
- No puedes reclamar a un dependiente que está bajo otra declaración de impuesto a menos que sea tu cónyuge.
- Tu hogar debe cumplir con los lineamientos del programa con respecto a ingresos tal y como se describe en esta solicitud.
- Los solicitantes deben agregar todas las fuentes de ingreso del hogar combinadas para determinar la elegibilidad. Estas fuentes incluyen sueldos y salarios, intereses y dividendos de cuentas de ahorro/acciones/bonos/cuentas de retiro, prestaciones de desempleo, ingresos de rentas y regalías, subsidios escolares y becas, ganancias de empleo independiente, pagos de discapacidad, compensación al trabajador, Seguro Social (SSI/SSP), pensiones, seguro y arreglos legales financieros, Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF, por sus siglas en inglés), Asistencia a Familias con Niños Dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés), estampillas de comida, manutención de hijos, manutención de cónyuge, efectivo y otro tipo de ingresos.

NIVELES DE CALIFICACIÓN DE INGRESOS

Los hogares con ingresos no mayores de las cantidades mostradas abajo podrían calificar para CARE:

Tamaño del Hogar:	Total mensual de o por debajo de:	Ingreso anual de o por debajo de:
1-2	$2,743	$32,920
3	$3,463	$41,560
4	$4,183	$50,200
5	$4,903	$58,840
6	$5,623	$67,480
7	$6,343	$76,120
Para cada persona adicional, agregar:	$720	$8,640

Por favor lee cuidadosamente y firme abajo.

*Declaro que los ingresos totales combinados de mi hogar no son mayores a los mostrados arriba para el número de miembros de mi hogar.**
Estoy de acuerdo en ofrecer una prueba de mis ingresos si se me pide. Estoy de acuerdo en informar a Pacific Power si mis ingresos ya no califican y en que de ser así tal vez tenga que regresar dinero a CARE por los beneficios recibidos. Entiendo que Pacific Power puede compartir mi información con otras compañías utilitarias o agencias para que me inscriba en sus programas de asistencia.

X_____
Firma del Cliente de Pacific Power

_____
Fecha

PACIFIC POWER

**Una muestra al azar de participantes será requerida como prueba de ingresos.*