SOLICITUD DEL PROGRAMA CARE DE PACIFIC POWER

La solicitud debe estar completada y frimada en su totalidad.
POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA CLARA

Si usted es residente de California, tiene derechos específicos en lo que respecta al uso de su información personal de conformidad con la Ley de California sobre la Privacidad del Consumidor (California Consumer Privacy Act). Para obtener más información, solicite una copia de nuestra política de privacidad o encuéntrela en nuestro sitio web **www.PacificPower.net/Privacy.**

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Número de cuenta de Pacific Power

Nombre, como aparece en su factura de Pacific Power

Domicilio (no apartados postales)

Ciudad

Código postal

Teléfono

☐ Línea fija ☐ Celular

Dirección postal (si es diferente de su domicilio)

Ciudad

Código postal

Cantidad de personas en mi hogar ____ + ____ = ____

Adultos Niños Total

☐ Actualmente tengo un ingreso fijo y recibo ingresos o beneficios de uno o más de lo siguiente: pensiones, Seguro Social, SSP o SSDI, intereses/dividendos de cuentas de jubilación, Medicaid/Medi-Cal (mayores de 65 años) o SSI. Si es así, marque (✓) esta casilla.

Certifico que:
- La factura de Pacific Power está a mi nombre
- No estoy incluido como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de otra persona.
- Vivo en la dirección en la que se recibirá el descuento.
- Entiendo que Pacific Power se reserva el derecho de verificar los ingresos de mi hogar.

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA

☐ **Marque (✓) esta casilla si usted o alguien en su hogar participa en alguno de los siguientes programas:**

- Medi-Cal/Medicaid
- CalFresh/SNAP (cupones para alimentos)
- CalWorks (TANF)/TANF Tribal
- WIC
- Medi-Cal para Familias (Medi-Cal for Families) Familias Saludables A&B (Healthy Families A&B)
- LIHEAP
- Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program, NSL)
- Asistencia General de la Oficina de Asuntos Indígenas
- Ingresos elegibles para el programa Head Start (tribal únicamente)

Si participa en alguno de los programas de asistencia pública de esta sección, PASE a la DECLARACIÓN.

ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

☐ **Marque (✓) esta casilla si cumple con los requisitos de los lineamientos de ingresos. Los solicitantes deben sumar todas las fuentes de ingresos combinados del hogar para determinar la elegibilidad para el programa.**

- Pensiones
- Seguro social
- SSP o SSDI
- Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación
- Salarios o ganancias del trabajo autónomo
- Subsidios de desempleo
- Pagos por discapacidad o compensación por accidente laboral
- Ingresos por alquiler o regalías
- Becas, subvenciones u otra ayuda utilizada para gastos de manutención
- Seguros o conciliaciones judiciales
- Manutención conyugal o de los hijos
- Efectivo u otros ingresos

DECLARACIÓN **(Lea atentamente y firme abajo)**

Declaro que el monto total de ingresos combinados de mi hogar no es mayor que la cantidad que se muestra en la tabla adjunta para la cantidad de miembros en mi hogar. Acepto proporcionar una prueba de ingresos si se me solicita. Entiendo que se requerirá una muestra aleatoria de participantes de CARE para proporcionar una prueba de ingresos. Entiendo que se me puede exigir que participe en el Programa de Asistencia para el Ahorro de Energía (Energy Savings Assistance Program) y que los niveles inaceptables de uso de energía podrían dar lugar a mi exclusión del programa. Estoy de acuerdo con informar a Pacific Power si mis ingresos ya no califican, por lo cual es posible que deba devolver los beneficios de CARE recibidos. Entiendo que Pacific Power puede compartir mi información con otras empresas de servicios públicos o agencias para inscribirme en sus programas de asistencia.

Firma del cliente de Pacific Power _____ Fecha _____

☐ Marque esta casilla si alguna persona de su hogar tiene una discapacidad o si necesita ayuda en asuntos de accesibilidad, financieros o de idiomas durante un corte de energía por razones de seguridad pública. Pacific Power le enviará un aviso antes de realizar un corte de energía por razones de seguridad pública. Para obtener más información, visite la página **PacificPower.net/Wildfire.**

El programa Tarifas Alternativas para Energía en California (California Alternate Rates for Energy, CARE) ofrece un descuento de 20% en las facturas mensuales de electricidad para clientes elegibles.

Hay dos maneras de reunir los requisitos para CARE:
- Puede reunir los requisitos si usted o alguien en su hogar participa en uno de los programas de asistencia pública elegibles.

O

- También puede calificar si cumple con los requisitos de las pautas de ingresos que se enumeran en el cuadro a continuación.

Pautas de Ingresos de CARE	
Ingresos Anuales del Hogar Vigente a partir del 1 de junio del 2023 hasta el 31 de mayo del 2024	
Tamaño del Hogar	Límite Maximo de Ingresos para Elegibilidad*
1 a 2	$39,440
3	$49,720
4	$60,000
5	$70,280
6	$80,560
7	$90,840
8	$101,120
Cada persona adicional	$10,280

**Cálculo del límite maximo = 200% de las pautas federales de pobreza*

Si tiene preguntas, llame al **1-888-225-2611**

Si califica, puede presentar su solicitud en línea en **PacificPower.net/CARE** o enviar por correo su solicitud completa a la dirección de abajo.

Gerente del Programa CARE
Pacific Power
825 NE Multnomah, Suite 2000
Portland, OR 97232

06/2023

PACIFIC POWER.
ILUMINANDO TU POTENCIAL