

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.

ADMINISTRADOR DE LA PROPIEDAD / INFORMACIÓN SOBRE LAS INSTALACIONES
(Es necesario que proporcione toda la información solicitada. Por favor, escriba en letra de molde legible).

Número de cuenta: El administrador de la propiedad puede encontrar esta información en la esquina superior derecha del recibo de Pacific Power

Parque de casas móviles / nombre de otra instalación con medidor de consumos secundario _____

Parque de casas móviles / nombre de otra instalación con medidor de consumos secundario Ciudad, Estado Código postal

Nombre del administrador o propietario Número telefónico durante el día, incluido el código de área

Domicilio postal del administrador o propietario Ciudad, Estado Código postal

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Es necesario que proporcione toda la información solicitada. Por favor, escriba en letra de molde legible).

Nombre _____

Dirección de casa (apartados de correos, por favor) Ciudad, Estado Código postal

Número telefónico durante el día, incluido el código de área

Actualmente tengo ingresos fijos y recibo ingresos o beneficios de una o más de las siguientes: pensiones, seguro social, subsidio obligatorio por enfermedad (SSP, por sus siglas en inglés) o beneficios personas con discapacidades (SSDI, por sus siglas en inglés), intereses/dividendos de cuentas de retiro, programa Medicaid/Medi-cal (para personas de 65 años en adelante) o ingresos de seguridad complementarios (SSI).

Número de personas que viven en su hogar: Adultos + Niños = Total

La principal fuente de calefacción es la electricidad: Sí No

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)/Tribal TANF
- 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, NSLP)
- Asistencia General de la Oficina de Asuntos Indígenas
- Ingresos elegibles para el programa Head Start (tribal únicamente)

Si marcó la casilla de Elegibilidad para el Programa de Asistencia Pública arriba, SALTE a la sección 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 or 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
- Scholarships, Grants, or Other Aid Used for Living Expenses
- Insurance or Legal Settlements
- Spousal or Child Support
- Cash and/or Other Income

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 25% en las facturas mensuales de electricidad para clientes elegibles.

LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA CARE

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 los lineamientos de ingresos que se enumeran en el cuadro a continuación.

Programa CARE	
Ingresos máximos del hogar Vigente a partir del 1 de junio del 2023 al 31 de mayo del 2024	
Tamaño del hogar	Límite máximo de ingresos para elegibilidad*
1 to 2	\$39,440
3	\$49,720
4	\$60,000
5	\$70,280
6	\$80,560
7	\$90,840
8	\$101,120
Each additional person	\$10,280

* Cálculo del límite máximo = 200% de los lineamientos federales para establecer el nivel de pobreza

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

Si califica, puede 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