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

Su domicilio (la dirección debe ser su residencia principal. NO utilice un apartado postal).

Ciudad

Código postal

Número de teléfono preferido

Correo electrónico

Cantidad de personas en su hogar en esta dirección: Adultos + Niños = Total

Ingreso total anual combinado del hogar

☐ 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.

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 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 del ingreso anual bruto combinado del hogar de TODAS las fuentes. Incluye ingresos sujetos a impuestos y no sujetos a impuestos antes de deducciones para todas las personas que viven en su hogar.**

- 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)

Al firmar esta declaración, declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. También acepto seguir los términos y condiciones del programa CARE.

Entiendo que Pacific Power se reserva el derecho de verificar la elegibilidad de mi hogar y acepto proporcionar prueba de elegibilidad, si se me solicita. 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 ya no califico para recibir el descuento. Entiendo que si recibo algún descuento sin calificar para él, es posible que deba devolver el descuento recibido. 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.

Para calificar para CARE, los clientes deben cumplir con los siguientes requisitos de elegibilidad e ingresos:

- La factura de Pacific Power debe estar a su nombre.
- Debe vivir en la dirección que recibirá el descuento.
- No es posible que se le reclame como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de otra persona que no sea su pareja.
- Deberá renovar su solicitud cada dos años o cuando Pacific Power lo solicite.

Hay dos maneras de reunir los requisitos para CARE:

- Puede reunir los requisitos si usted o alguien en su hogar participa en cualquier 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

Ingreso bruto anual total del hogar
Vigente a partir del 1 de junio del 2024 hasta el 31 de mayo del 2025

Tamaño del Hogar	Límite Maximo de Ingresos para Elegibilidad*
1 a 2	$40,880
3	$51,640
4	$62,400
5	$73,160
6	$83,920
7	$94,680
8	$105,440
Cada persona adicional	$10,760

**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

05/2024

PACIFIC POWER®
ILUMINANDO TU POTENCIAL