

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).

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

Ingreso total anual combinado del 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)/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 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 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
- 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.
- 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 Máximo 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 máximo = 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

