



# **Ahorre en su factura de electricidad**

**Vea si califica e inscribese ahora.**

## **¡Es muy fácil!**

**Busque dentro de esta solicitud  
las pautas del Programa CARE y FERA**

El programa **California Alternate Rates for Energy o sus siglas CARE (Tarifas Alternativas de Energía para California)** brinda un descuento de aproximadamente 30 por ciento en las facturas de electricidad mensuales de los usuarios elegibles.

El programa **Family Electric Rate Assistance o sus siglas FERA (Programa Familiar de Reducción de las Tarifas de Energía)** brinda un descuento del 18% en las facturas eléctricas mensuales a los hogares de 3 o más personas que califican.

**Hay 2 maneras de calificar:**

- Puede calificar para el programa CARE si usted o un integrante de su hogar participa por lo menos en uno de los programas elegibles de asistencia pública. (Vea la Sección 2 en la solicitud).

**O**

- También puede calificar para CARE o FERA si cumple con las pautas de ingresos detalladas en el cuadro a continuación.

## PROGRAMAS CARE/FERA

### Ingreso máximo del hogar Vigente a partir del 1 de junio de 2021

Cantidad de personas en el hogar	Total de ingreso anual combinado*	
	CARE	FERA
1 a 2	hasta \$34,840	No elegible
3	hasta \$43,920	\$43,921 – \$54,900
4	hasta \$53,000	\$53,001 – \$66,250
5	hasta \$62,080	\$62,081 – \$77,600
6	hasta \$71,160	\$71,161 – \$88,950
7	hasta \$80,240	\$80,241 – \$100,300
8	hasta \$89,320	\$89,321 – \$111,650
Cada persona adicional	hasta \$9,080	\$9,080 – \$11,350

\*Ingreso actual bruto del hogar (antes de impuestos) de todas las fuentes.

Revise el cuadro de arriba y los programas en la Sección 2 de la solicitud. Si cree que califica, usted puede:

1. Presentar la solicitud en línea en [sce.com/careandfera](http://sce.com/careandfera)
2. Presentar la solicitud por teléfono llamando al 1-800-798-5723

**O**

3. Llenar y devolver la solicitud adjunta

Llámenos si tiene preguntas.

# SOLICITUD DE DESCUENTO EN LA TARIFA

**Se debe llenar toda la solicitud y firmarla.  
Solicitud vigente a partir del 1 de junio de 2021.  
FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA CLARA**

**Código de fuente (sólo para uso de Edison)**

Default code 0620-2000

## 1 INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

No. de cuenta de Servicio de Edison

Su nombre, como figura en la factura de Edison

Su domicilio

Ciudad

( )

Código postal

Teléfono fijo

Teléfono celular

Teléfono

Correo electrónico

No. de personas en  
el hogar:

+

=

Adultos

Niños

Total

### **Certifico que:**

- La factura de Edison está a mi nombre.
- No figuro en la declaración de impuestos sobre la renta de otra persona.
- Renovaré esta solicitud cuando Edison lo solicite.
- Notificaré a Edison si ya no califico para esta tarifa.
- Entiendo que Edison se reserva el derecho de verificar el ingreso de mi hogar.

## 2 ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA:

**¿Usted o alguien en su hogar participa en alguno de los siguientes programas?  
Si es así, por favor marque (✓) el programa o programas a continuación.**

Medi-Cal/Medicaid

LIHEAP

CalFresh/SNAP (Food Stamps)

Supplemental Security Income (SSI)

CalWorks (TANF)/Tribal TANF

National School Lunch Program (NSLP)

WIC

Bureau of Indian Affairs General Assistance

Medi-Cal para familias

Head Start: Elegibilidad según ingresos

(Healthy Families A & B)

(solo tribal)

**Si participa en cualquiera de los programas de asistencia pública en esta sección, PASE a la Sección 4.**

## 3 ELEGIBILIDAD SEGÚN EL INGRESO:

Se le inscribirá en el programa CARE o en el programa FERA dependiendo del ingreso y el número de personas de su hogar.

**Total de ingreso anual bruto combinado de su hogar:** \$    ,    .00

*Por ejemplo: Ingreso mensual actual x 12 meses = ingreso anual del hogar*

**La definición de “ingreso bruto del hogar (antes de impuestos)” es todo el dinero y beneficios no en efectivo, disponibles para gastos de manutención, de todas las fuentes, tanto sujetos como no al pago de impuestos, antes de deducciones, incluyendo los gastos, para todas las personas que viven en mi casa. Esto incluye, de manera no limitativa, lo siguiente:**

**Marque (✓) TODAS las fuentes de ingreso del hogar.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pensiones  | <input type="checkbox"/> Pagos por discapacidad o compensaciones al trabajador por accidentes de trabajo |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social  | <input type="checkbox"/> Ingresos por alquileres o regalías  |
| <input type="checkbox"/> SSP o SSDI   | <input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda utilizada para gastos de manutención           |
| <input type="checkbox"/> Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación | <input type="checkbox"/> Liquidaciones legales o de seguros  |
| <input type="checkbox"/> Sueldo y/o ganancias de empleo independiente                               | <input type="checkbox"/> Manutención de niños o del cónyuge  |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo   | <input type="checkbox"/> Ingresos en efectivo y otros ingresos   |

## 4 DECLARACIÓN: *(Firme y ponga la fecha abajo)*

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que se me podrá pedir que proporcione documentación actualizada de mi elegibilidad en cualquier momento y estoy de acuerdo en hacerlo independientemente de la manera en que inicialmente adquirí derecho a participar en el descuento. Acepto informar a Southern California Edison Company si ya no califico para recibir el descuento. Entiendo que si recibo el descuento sin reunir los requisitos para el mismo, se me podría exigir que devuelva el descuento que recibí. Entiendo que SCE puede compartir mi información con otras empresas de servicios públicos o sus agentes para inscribirme en sus programas de ayuda.



\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Guardián o apoderado legal: proporcione copia notariada del documento

Confirmando que la información ingresada es correcta y acepto recibir llamadas al número indicado anteriormente a través de un dispositivo de marcación automática (ATDS, por sus siglas en inglés) o un mensaje pregrabado de parte o en representación de Southern California Edison con información sobre reembolsos, ahorros u otros programas dirigidos a usuarios con bajos ingresos. Entiendo que el consentimiento para recibir estas llamadas no es obligatorio para inscribirse en este programa basado en los ingresos y que podrían aplicarse tarifas de mensajería y datos.

*Debe completar toda la solicitud y firmarla.  
Termine por favor las páginas 3 y 4 y envíelas a:  
Southern California Edison — CARE/FERA Program  
P. O. Box 9527, Azusa, CA 91702-9954*

**Si tiene alguna pregunta, llame al:  
1-800-447-6620**

**Otros programas y servicios para los que podría calificar:**

**Energy Savings Assistance Program (Asistencia para el Ahorro de Energía):** ofrece soluciones energéticas **gratuitas** para el hogar que ayudan a conservar electricidad y ahorrar dinero. Para obtener más información, llame al **1-800-736-4777**.

**Medical Baseline Program (Asignación Eléctrica Inicial por Razones Médicas):** ofrece kilovatios-horas adicionales a los usuarios que sufren ciertos problemas de salud. Para obtener más información, llame al **1-800-655-4555**.

**Low Income Home Energy Assistance Program o sus siglas LIHEAP (Programa de Asistencia Energética para los Hogares de Bajos Ingresos):** proporciona asistencia para el pago de las facturas, asistencia con las facturas de emergencia y servicios de climatización. Para obtener más información, llame al **Departamento de Servicios y Desarrollo a la Comunidad al 1-866-675-6623**.