

Form No. 17  
AVISO Y SOLICITUD PARA EL PROGRAMA  
DE CALIFORNIA PARA TARIFAS ALTERNAS (CARE)

**USTED PODRIA CALIFICAR PARA UN DESCUENTO EN SU FACTURA DE ENERGIA ELECTRICA**

Para solicitar un descuento del 20% en su residencia, por favor llene esta solicitud y envíela a Bear Valley Electric Service, P.O. Box 1547, Big Bear Lake, CA 92315. Usted recibirá el descuento en su próxima factura después de haber recibido y aprobado su solicitud completamente llena y firmada. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud; o le gustaría recibir mas información sobre este programa, sírvase llamar al (800) 808-BVES (2837) o visite nuestra oficina localizada en el 42020 Garstin Drive, Big Bear Lake, California 92315.

Otras compañías de servicios publicos de California ofrecen descuentos similares. Contacte su compañía de gas para recibir una solicitud para un descuento en su factura de gas.

**REQUISITOS DE INGRESOS ANUALES**

| Efectivo junio 1, 2024 hasta mayo 31, de 2025                                    |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Numero de Personas<br>Viviendo en mi casa  | Ingresos total anual<br>combinado |
| 1-2  | \$40,880                          |
| 3  | \$51,640                          |
| 4  | \$62,400                          |
| 5  | \$73,160                          |
| 6  | \$83,920                          |
| 7  | \$94,680                          |
| 8  | \$105,440                         |
| Para cada persona adicional, agregar   | \$10,760                          |
| *Cálculos de Limite Superior = 200% de Directrices Federales de Nivel de Pobreza |                                   |

(T)  
 \_\_\_\_\_  
 (T)

**CUALES SON LOS REQUISITOS?**

Para calificar para el descuento yo entiendo que:

- La factura de energía esta bajo mi nombre
- No soy reportado como dependiente en los impuestos de otra persona.
- Mi ingreso anual total no puede exceder los de la tabla citada arriba. *Ingreso total significa el ingreso bruto de TODAS las personas viviendo en mi casa.*
- Solicitoré de nuevo cada vez que me mude de casa.
- Renovaré mi solicitud cada dos (2) años, o antes si es requerido.
- Renovaré mi solicitud cada (1) año si soy inquilino con un sub-medidor, o antes si es requerido.
- Notificaré a la compañía de agua dentro de 30 días si pierdo mi elegibilidad para CARE.
- Proveeré verificación de ingresos de mi hogar.

Para propósitos de CARE "ingreso bruto familiar" significa todo ingreso sea en efectivo o no, disponible para gastos de vivienda, de todas las personas, sea que dichos ingresos sean sujetos a impuestos o no, previo a las deducciones, de todas las personas viviendo en su hogar. Esto incluye, pero no se limita a:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Sueldos  | <input type="radio"/> Seguro Social, SSI, SSP                             | <input type="radio"/> Ingresos de alquiler o regalías                   |
| <input type="radio"/> Interés o dividendos de: Cuentas de ahorros, acciones, bonos | <input type="radio"/> Becas, préstamos de escuela y otra ayuda financiera | <input type="radio"/> Ganancias de autoempleo (IRS Forma C, Renglón 29) |
| <input type="radio"/> Beneficios de Jubilación                                     | <input type="radio"/> Beneficios por incapacidad                          | <input type="radio"/> Compensación al trabajador                        |
| <input type="radio"/> TANF(AFDC)   | <input type="radio"/> Estampillas para comida                             | <input type="radio"/> Apoyo para los niños                              |
| <input type="radio"/> Pensiones  | <input type="radio"/> Indemnizaciones de seguro                           | <input type="radio"/> Apoyo cónyuge                                     |
| <input type="radio"/> Regalos en efectivo  | <input type="radio"/> Indemnizaciones legales                             | <input type="radio"/> Otra ayuda  |

(Continued)

Advice Letter No. 490-E  
 Decision No. D.12-08-044

Issued By  
**Paul Marconi**  
 President

Date Filed April 29, 2024  
 Effective June 1, 2024  
 Resolution No. \_\_\_\_\_

Form No. 17  
AVISO Y SOLICITUD PARA EL PROGRAMA  
DE CALIFORNIA PARA TARIFAS ALTERNAS (CARE)

**INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD (escriba claramente):**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Soy un cliente residencial principal de Bear Valley Electric Service, Inc.

Número de Cuenta Eléctrica de Bear Valley:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

O un inquilino sub-medido de un parque de casas móviles  
o complejo de apartamentos.

Número de Cuenta de Medidor Principal:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Hay 2 formas de calificar:

• Puede calificar para CARE si usted o alguien en su hogar participa en al menos uno de los programas de asistencia pública elegibles.

○

• También puede calificar para CARE si cumple con los requisitos de ingresos que se enumeran en el cuadro a continuación.

Dirección de Servicio: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Domicilio): \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Número de Adultos que Viven en el Hogar: \_\_\_\_\_ Número de Niños que Viven en el Hogar: \_\_\_\_\_

Ingreso Bruto Anual del Hogar: \_\_\_\_\_

- |           |  |   |
|-----------|--|---|
| Programas | <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Medicaid                               | <input type="checkbox"/> El Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP) |
| :         | <input type="checkbox"/> Oficina de Asistencia General de Asuntos Indios | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)                                       |
|           | <input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP                                   | <input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzo Escolar  |
|           | <input type="checkbox"/> Mujeres, Infantes y Niños (WIC)                 | <input type="checkbox"/> Elegible por ingresos de Head Start (Solo tribales)                            |
|           | <input type="checkbox"/> Medi-Cal para Familias                          |   |
|           | <input type="checkbox"/> TANF/Tribal TAFT                                |   |

**Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio que esta información es verdadera y correcta según las leyes del estado de California. Proporcionaré prueba de ingresos y notificaré a mi empresa de servicios públicos de energía sobre cualquier cambio que afecte mi elegibilidad. Entiendo que esta información puede compartirse con mi otra empresa de servicios públicos de energía, si corresponde.**

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

|  |                        |                      |
|--|------------------------|----------------------|
| <b>FOR BEAR VALLEY ELECTRIC SERVICE, INC. USE ONLY</b> |                        |                      |
| Date received _____                                    | Date Verified/By _____ | Date Effective _____ |