

# Tarifas Alternativas de California para la Energía (CARE)

El Programa Care ofrece a los clientes calificados un descuento del 20 por ciento en su factura de electricidad. Este descuento del 20 por ciento se ofrece a los clientes residenciales primarios calificados.

**Solo se requieren 3 pasos para saber si usted califica:**

- 1 Llene el paso 1
- 2 Llene el paso 2A o el 2B
- 3 Firme y feche este formulario y regréselo a Liberty

## Paso 1

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

No. de Cuenta Liberty

Nombre como se muestra en su factura de Liberty

Domicilio

Ciudad  Estado  Código Postal

Teléfono

Dirección Postal (si es diferente de la dirección de su casa)

Ciudad  Estado  Código Postal

Correo electrónico

## Paso 2 - Elija la opción 1 o 2 a continuación y llene el reverso de este formulario.

### Opción 1: Programa de Asistencia

**Pública:** Usted o alguien en su hogar participa en al menos uno de los siguientes programas de asistencia pública:

- Medi-Cal/Medicaid
- CalFresh/SNAP
- TANF/TANF Tribal
- WIC
- MediCal para Familias
- LIHEAP
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Agencia de Asistencia General de Asuntos Indígenas
- Elegible para Ingreso Head Start (Únicamente Tribal)

### Opción 2: Ingreso del Hogar

El ingreso bruto anual de su hogar se encuentra dentro de los rangos que se enumeran a continuación: Eso significa que el ingreso familiar combinado (antes de impuestos) de todas las fuentes no debe ser más que el siguiente:

| Ingreso Máximo Anual Bruto del Hogar |                               |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| Número de Personas en el Hogar       | Ingreso Anual Total Combinado |
| 1 - 2                                | \$39,440                      |
| 3                                    | \$49,720                      |
| 4                                    | \$60,000                      |
| 5                                    | \$70,280                      |
| 6                                    | \$80,560                      |
| 7                                    | \$90,840                      |
| 8                                    | \$101,120                     |

Cada Persona Adicional \$10,280

Cálculo del Límite Superior = 200% de las Pautas Federales de Pobreza.  
Pautas de ingresos de CARE: vigentes desde el 1 de Junio de 2023 hasta el 31 de Mayo de 2024

## Paso 2 - Elija 2A o 2B

### 2A Opción 1: Programa de Asistencia Pública

¿Usted o alguien en su hogar participa en alguno de los siguientes programas? Si es así, marque la casilla correspondiente.

- |                                                 |                                                                                  |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal/Medicaid      | <input type="checkbox"/> LIHEAP                                                  |
| <input type="checkbox"/> CalFresh/SNAP          | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso <b>Suplementario</b> (SSI)         |
| <input type="checkbox"/> TANF/Tribal TANF       | <input type="checkbox"/> Agencia de Asistencia General de Asuntos Indígenas      |
| <input type="checkbox"/> WIC                    | <input type="checkbox"/> Elegible por Ingresos de Head Start (Únicamente Tribal) |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal para Familias |                                                                                  |

### 2B Opción 2: Ingresos del Hogar y Fuentes de Ingresos

Llene los espacios en blanco y seleccione (Marque X) para su ingreso familiar anual antes de las deducciones y los miembros del hogar a continuación, incluir a todos los miembros del hogar. Marque (X) para todas las fuentes de ingresos aplicables.

|                                |           |                                                                                                                        |                                                       |
|--------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Número de Personas en el Hogar |           |                                                                                                                        |                                                       |
| Ingreso Anual Total Combinado  |           |                                                                                                                        |                                                       |
| <input type="checkbox"/> 1 - 2 | \$39,440  | <input type="checkbox"/> Sueldos o Salarios                                                                            | <input type="checkbox"/> Pagos por discapacidad       |
| <input type="checkbox"/> 3     | \$49,720  | <input type="checkbox"/> Intereses o dividendos de:<br>Cuentas de ahorro, acciones<br>o bonos, o cuentas de jubilación | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> 4     | \$60,000  | <input type="checkbox"/> Prestaciones por desempleo ingresos                                                           | <input type="checkbox"/> Seguro Social, SSI, SSP      |
| <input type="checkbox"/> 5     | \$70,280  | <input type="checkbox"/> Por alquiler o regalías                                                                       | <input type="checkbox"/> Pensión                      |
| <input type="checkbox"/> 6     | \$80,560  | <input type="checkbox"/> Becas, subvenciones u otra ayuda<br>utilizada para gastos de manutención                      | <input type="checkbox"/> Liquidación de seguro        |
| <input type="checkbox"/> 7     | \$90,840  | <input type="checkbox"/> Beneficio por trabajo autónomo<br>(Formulario 1040 del IRS, Anexo C,<br>línea 29)             | <input type="checkbox"/> Acuerdos legales             |
| <input type="checkbox"/> 8     | \$101,120 |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TANF                         |
| Cada Persona Adicional         | \$10,280  |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Manutención infantil         |
|                                |           |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Efectivo                     |
|                                |           |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Manutención conyugal         |
|                                |           |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Otro tipo de ingreso         |

## Paso 3

Certifico que:

- La factura de Liberty está a mi nombre.
- Notificare a Liberty si ya no califico para esta tarifa.
- No se me reclama en la declaración de impuestos de otra persona.
- Entiendo que Liberty se reserva el derecho de prueba de documentación de elegibilidad.
- Renovare mi solicitud cuando Liberty lo solicite.

Lea y firme la siguiente declaración: Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que si recibo el descuento sin cumplir con los requisitos para ello, es posible que deba devolver el descuento que recibí. Entiendo que Liberty puede compartir mi información con otras empresas de servicios públicos o sus agentes para inscribirme en sus programas de asistencia. Entiendo que los niveles inaceptables de uso de energía podrían resultar en la eliminación del programa.

Firma X

Fecha:

Regresar a Liberty:

 Escanear y Enviar por Correo Electrónico a:  
Cindy.Ramos@libertyutilities.com



Envíe Por Correo Programa de Liberty CARE  
933 Eloise Ave.  
South Lake Tahoe, CA 96150

 ¿Preguntas? Por favor Llame Gratis al 1-800-782-2506.

**Opción:** Escanee este Código QR para Aplicar en Línea



**Programas Adicionales de Ingresos Calificados:**

#### LIHEAP

Se puede conseguir asistencia federal a través del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) que proporciona asistencia para el pago de facturas, asistencia para facturas de emergencia y servicios de climatización. Llame al Departamento de Servicios Comunitarios y Desarrollo al 1-866-675-6623 para obtener más información.

#### Southwest Gas Corporation

Ofrece a los clientes de ingresos calificados un descuento en sus cargos de gas. Llame al 1-877-860-6020.

Los clientes de Liberty CARE pueden calificar para el **Programa de Asistencia de Ahorro de Energía (ESAP)** que ofrece mejoras de ahorro de energía para el hogar SIN COSTO; Las mejoras pueden incluir climatización, aislamiento, reparaciones menores en el hogar y reemplazos de refrigeradores. Llame al 1-866-812-5766, de 7 am a 7 pm.