



CARE ofrece un descuento mensual de su servicio eléctrico Liberty Utilities

1-866-675-6627 Toll-Free

Para participar en tarifaria de CARE, debe presentar una copia de su ingreso anual bruto para todos los que viven en su hogar. También debe presentar una copia de la parte superior de su factura actual de Liberty. **TENGA EN CUENTA: El nombre en la factura y el nombre de esta solicitud deben coincidir. NO PRESENTE DOCUMENTOS ORIGINALES. NO SERÁN DEVUELTOS.**

Si su nombre o la dirección ha cambiado, debe informar a Liberty. No hay cargo por cambiar o agregar un nombre a su cuenta

Liberty. **Su nombre (como aparece en su factura Liberty):**

Nombre Segundo Nombre Apellido

dirección de correo

Número y calle Número de apartamento

Ciudad estado código de zip

Teléfono durante el día

() _____

INCLUYENDO A USTED MISMO, entre el número de personas que viven en su casa

Los solicitantes sólo submedidores - Escriba el nombre de parquet de casos móviles _____

La información en esta solicitud será utilizada para determinar y verificar mi elegibilidad para asistencia. Entiendo que Liberty puede compartir mi información con otros servicios públicos y sus agentes para inscribirme en sus programas de asistencia. Si elegible para el descuento de CARE, autorizo el cambio correcto a mi lista de tarifas y doy mi consentimiento para la verificación de elegibilidad anual. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información en esta solicitud es verdadera y correcta.

X _____
Firma del solicitante fecha Testigo Firma (si el solicitante firmó con una marca)

SU APLICACIÓN no está completa sin TODO LO SIGUIENTE:

Solicitud completa Copia de la factura actual Liberty Copia (s) de la prueba actual de ingresos firma

Incluya una prueba actual de ingresos para todos en su casa? Firmar y fechar su solicitud?

SOLICITANTE CUESTIONARIO

Liberty realiza actualmente la conductible de una encuesta para medir la eficacia de los esfuerzos de su alcance. Las siguientes preguntas son opcionales. Responder a las preguntas no tendrá ningún efecto sobre la tramitación de su solicitud de CARE o participación en CARE.

Por favor, marque la casilla correspondiente (s).

GRUPO DE EDAD DEL SOLICITANTE:

ETNICIDAD DEL SOLICITANTE:

CÓMO SE ENTERO DE CARE DE Liberty?

18-39 40-59 60 o más

African-American Caucasian Hispanic/Latino Native American

Asian Other _____

Organizaciones de la Comunidad Agencia Pública Periódico /radio

Boca-a-boca Otros

Por favor devuelva la solicitud completa CARE A:

Liberty Utilities CalPeco Electric LLC
Attention: CARE Program
P.O. Box 19
Tahoe Vista, CA 96148-9905

FOR LIBERTY USE ONLY

Date Received _____
Employee Initials _____

CONSERVE ESTA HOJA DE INFORMACIÓN

1-866-675-6627 LLAMADA GRATUITA

FAVOR DE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA PARA NO TARDAR EL PROCESO DE SU APLICACION

USTED PUEDE SER elegible a la tarifa alternate de Energía de California (CARE) si:

Usted es un cliente residencial permanente de Liberty Utilities (CalPeco Electric) LLC (Liberty y dague el costo de la energía directamente a Liberty

-y-

Su ingreso bruto mensual, antes de las deducciones para todas las personas que viven en su hogar, no es más de las Directrices de Ingresos de CARE.

Véase la Prueba de Ingresos y las normas de ingresos a continuación.

EJEMPLOS DE LA PRUEBA DE LAS INGRESOS

Todas las pruebas de ingresos debe ser actual y mostrar el una cantidad de ingresos.

- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF): Notificación de Acción, o impresión de computadora, o carta de beneficio, copia de un cheque, o
- Cupones para Alimentos: Notificación de Acción o carta de beneficios del trabajador de elegibilidad que indique el monto en dólares de la asistencia, o
- Seguridad de Ingreso Suplementario: Aviso de Acción Planificada o Formulario 2458, impresión de la computadora de la Seguridad Social, copia del extracto bancario que muestre el depósito directo de SSI: copia de cheque de SSI, o
- Beneficios del Seguro Social: copia de cheque reciente (s); Formulario SSA 1099, 4926 o 2458; impresión de la computadora de la Seguridad Social Oficina de Administración, Banco Estado que muestre el depósito directo, o
- Pensión y: copia de un cheque reciente verificación por carta o declaración anual del plan de pensiones, o
- Salarios: copia del recibo de sueldo actual (s) que cubren un período de un mes y que muestren los ingresos brutos, o
- Ingreso por interés: estado de cuenta bancario mensual o trimestral; estado de los ingresos por intereses de la agencia bancaria, o
- Compensación por incapacidad: copia de un cheque actual copia impreza o carta de la agencia o compañía de seguro que verifique la cantidad de la remuneración, o
- Beneficios de desempleo: copia de cheque reciente (s), copia impresa del Departamento de Desarrollo Laboral, o
- Apoyo de niño y lo conyuge: copia de cheque reciente o
- Apoyo de un individuo: copia de un cheque y declaración firmada por persona que presta el apoyo, o
- Ayuda General: Aviso de Acción de Servicios Sociales del Condado; copia de un cheque reciente o
- Ayuda Estudiantil: declaración de ayuda financiera de un Colegio o Universidad, o
- recibo carta de indicación de Pensiones de los Veteranos; copia de un cheque la Administración de Veteranos, o bien: • Beneficios de Veteranos
- Firmado el Formulario 1040 de Impuestos Federales, o
- Formas W2.

CUIDADO Directrices sobre la renta – Efectivo el 1 junio de 2017 (C) al 31 de mayo de 2018 (C)		
Tomano de los hogares	cada mes	cada ano
1-2	\$2,707. (I)	\$32,480. (I)
3	\$3,403. (I)	\$40,840. (I)
4	\$4,100. (I)	\$49,200. (I)
5	\$4,797. (I)	\$57,560. (I)
6	\$5,493. (I)	\$65,920. (I)
7	\$6,190. (I)	\$74,280. (I)
8	\$6,887. (I)	\$82,640. (I)

NOTA: Para los hogares con más de seis miembros, aumentar los ingresos por el importe por debajo de cada miembro adicional.

Las cantidades adicionales de los miembros de la familia: \$8,360. (I)

Usted no es elegible para CARE si usted:

- Es reclamado como dependiente en la declaración de otra persona de ganancia;
- No es residente permanente con una casa de recreacion o de vacaciones.