

BEAR VALLEY ELECTRIC SERVICE, INC.
AVISO Y SOLICITUD DE
TARIFAS ALTERNATIVAS PARA ENERGÍA DE CALIFORNIA (CARE) Y EL PROGRAMA CARE PLUS

PODRÍA CALIFICAR PARA UN DESCUENTO EN SU FACTURA DE ENERGÍA

Para solicitar un descuento en su residencia, complete esta solicitud y envíela por correo postal a:

Bear Valley Electric Service, Inc.
P.O. Box 1547, Big Bear Lake, CA 92315

Recibirá el descuento en la próxima factura después de que la compañía de servicios públicos reciba y apruebe su solicitud completada y firmada.

Si necesita ayuda para completar la solicitud o desea obtener más información sobre el programa, llame al **800-808-BVES (2837)**** o visite nuestra oficina en: 42020 Garstin Drive, Big Bear Lake, California 92315.

Otros servicios públicos de California ofrecen descuentos similares en facturas. Comuníquese con su compañía de gas para recibir una solicitud de descuento en su factura de gas.

REQUISITOS DE INGRESOS

Vigente desde el 1 de junio de 2025 hasta el 31 de mayo de 2026		
Cantidad de personas en el hogar	Ingreso anual bruto total de CARE*	Ingreso anual bruto total de CARE Plus**
1-2	\$42,300	\$21,150
3	\$53,300	\$26,650
4	\$64,300	\$32,150
5	\$75,300	\$37,650
6	\$86,300	\$43,150
7	\$97,300	\$48,650
8	\$108,300	\$54,150
Cada persona adicional	\$11,000	\$5,500
*Cálculos de límite máximo = 200% de las Pautas federales de pobreza		
**Cálculos de límite máximo = 100% de las Pautas federales de pobreza		

En virtud de la estructura tarifaria de Cargos por servicios básicos, los clientes pueden pagar un cargo por servicio reducido si están inscritos en el programa de asistencia financiera CARE o CARE Plus. Los clientes de CARE pagarán un cargo por servicio de \$10.06 y los de CARE Plus pagarán un cargo por servicio de \$5.00.

¿CUÁLES SON LAS CALIFICACIONES?

A fin de calificar para el descuento, comprendo lo siguiente:

- La factura de servicios públicos de energía estará a mi nombre.
- No puedo ser declarado dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- Mi ingreso anual total no puede exceder el cuadro anterior. *Ingreso total significa el ingreso bruto de **TODAS** las personas que viven en mi hogar.*
- Volveré a presentar una solicitud cada vez que me mude.
- Renovaré mi solicitud cada dos (2) años, o antes, si se solicita.
- Renovaré mi solicitud todos los años si soy un inquilino submedido, o antes, si se solicita.
- Notificaré a la compañía de servicios públicos en un plazo de 30 días cuando deje de ser elegible para CARE o CARE Plus. - Proporcionaré una verificación del ingreso de mi hogar.

Para los programas CARE y CARE Plus, "ingreso bruto del hogar" se refiere a la cantidad total de dinero y beneficios no monetarios disponibles para gastos de manutención de todas las fuentes. Esto incluye ingresos gravables y no gravables, calculados antes de cualquier deducción, para todas las personas que residen en su hogar. Incluye, entre otros:

- | | |
|---|--|
| ☐ Salarios o sueldos | ☐ Seguro Social, ingreso suplementario de seguridad |
| ☐ Ingresos por alquiler o regalías | ☐ Intereses o dividendos de ahorros, acciones o bonos |
| ☐ Becas, subvenciones o ayuda para gastos de manutención | ☐ Ganancias del trabajo por cuenta propia |
| ☐ Beneficios por desempleo | ☐ Pagos por discapacidad |
| ☐ Indemnización por accidente laboral | ☐ TANF (AFDC) |
| ☐ Cupones de alimentos | ☐ Manutención infantil |
| ☐ Pensiones | ☐ Liquidaciones del seguro |
| ☐ Apoyo para el cónyuge | ☐ Regalos |
| ☐ Conciliaciones legales | ☐ Otros ingresos |

Se proporcionará un comprobante de ingresos aceptable para la empresa de servicios públicos al solicitar o renovar la solicitud.

BEAR VALLEY ELECTRIC SERVICE, INC.
AVISO Y SOLICITUD DE
TARIFAS ALTERNATIVAS PARA ENERGÍA DE CALIFORNIA (CARE) Y EL PROGRAMA CARE PLUS
INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD (en letra de imprenta clara):

Nombre del solicitante: _____

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

Número de cuenta de Bear Valley Electric:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

O bien, un inquilino submedido de un parque de casas móviles o complejo de apartamentos.

Número de cuenta con medición maestra:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hay 2 maneras de calificar para CARE:

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

O BIEN

- También puede calificar para CARE si cumple con los requisitos de las pautas de ingresos que figuran en el cuadro para CARE.

Hay 1 manera de calificar para CARE Plus:

- También puede calificar para CARE Plus si cumple con los requisitos de las pautas de ingresos que figuran en el cuadro para CARE Plus.

Dirección de servicio:

Dirección postal:

N.º de teléfono (hogar): _____ N.º de teléfono (trabajo): _____

Cantidad de adultos que viven en el hogar: _____ Cantidad de hijo(s) que viven en el hogar: _____

Ingreso anual bruto del hogar (**obligatorio para CARE Plus**): _____

Podría ser elegible para el programa CARE si usted o alguien de su hogar está inscrito en al menos un programa de asistencia pública que califique. Sin embargo, **CARE Plus no permite la inscripción directa en el programa.**

- ☐ Medi-Cal/Medicaid
☐ Medi-Cal para familias
☐ Programa para mujeres, bebés y niños (Women, Infants, and Children Program, WIC)
☐ Programa de almuerzo gratuito del programa nacional de almuerzo escolar (National School Lunch, NSL)
☐ CalFresh/Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
☐ Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)
☐ Ingreso suplementario de seguridad (Supplemental Security Income, SSI)
☐ Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o TANF tribal
☐ Ingresos elegibles para Head Start (solo tribal)
☐ Oficina de Asistencia General de Asuntos Indígenas

Al firmar a continuación, certifico bajo pena de perjurio que esta información es verdadera y correcta en virtud de las leyes del estado de California. Proporcionaré un comprobante de ingresos y notificaré a mi compañía de energía sobre cualquier cambio que afecte mi elegibilidad. Comprendo que esta información podría compartirse con mi otra compañía de energía, si corresponde.

Firma del cliente: _____ Fecha de la firma: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE BEAR VALLEY ELECTRIC SERVICE, INC.

Fecha de recepción _____ Fecha de verificación/ Por _____ Fecha de entrada en vigencia _____