

SuperGreen Saver Eligibility Certification Form

Thank you for your interest in CleanPowerSF's SuperGreen Saver Program!

If you meet all other eligibility criteria to enroll in SuperGreen Saver but are not enrolled in the California Alternate Rates for Energy (CARE) or Family Electric Rate Assistance (FERA) discount programs, you may submit this form to certify that you are eligible for CARE or FERA. For the CARE and FERA eligibility guidelines, visit cleanpowersf.org/loweryourbill or call CleanPowerSF at (415) 554-0773.

This form will only be utilized to evaluate your eligibility for the SuperGreen Saver program. If you are eligible for CARE or FERA, we encourage you to also enroll in one of those programs to receive additional savings on your electricity bill on top of the SuperGreen Saver discount.

Instructions

1. Review the CARE and FERA eligibility guidelines at cleanpowersf.org/loweryourbill or by calling CleanPowerSF at (415) 554-0773.
2. Fill out Section 1 of this form.
3. Fill out Section 2A **OR** Section 2B of this form.
4. Submit your completed SuperGreen Saver Eligibility Form to cleanpowersfforms@sfgwater.org.

After you submit your completed form, CleanPowerSF staff will review your information and enroll your account into SuperGreen Saver if your account is confirmed to meet all other eligibility criteria and the program has availability. If the program does not have availability, your account will be added to the end of the waitlist.

SECTION 1 – Household Information

PG&E Account Number (Required)		Account Holder's Name (Required)	
Service Agreement ID (if known)			
Service Address (Required)			
Service Address City (Required)		Service Address State (Required)	Service Address Zip Code (Required)
Email Address		Phone Number	Alternate Phone Number
Number of Adults in Household (Required)		Number of Children in Household (Required)	

SECTION 2 – Household Qualification

Fill out Section 2A **OR** Section 2B.

SECTION 2A – Public Assistance Programs

Check all the programs in which you, or someone in your household, participate.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
Women, Infants, and Children Program
CalFresh/SNAP (Food stamps)
CalWORKS (TANF) or Tribal TANF
Head Start Income Eligible (Tribal only)
Supplemental Security Income (SSI)

Medi-Cal for Families (Healthy Families A&B)
National School Lunch Program (NLSP)
Bureau of Indian Affairs General Assistance
Medicaid/Medi-Cal (under age 65)
Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over)

If you checked any of the boxes in this section, skip to Section 3.

SECTION 2B – Household Income

If you did not check any of the boxes in Section 2A, please add up all the income from every household member and check the box below that matches your household’s total annual gross income.

\$0–\$34,840	\$66,251–\$71,160	\$89,321–\$98,400
\$34,841–\$43,920	\$71,161–\$77,600	\$98,401–\$100,300
\$43,921–\$53,000	\$77,601–\$80,240	\$100,301–\$107,480
\$53,001–\$54,900	\$80,241–\$88,950	\$107,481–\$111,650
\$54,901–\$62,080	\$88,951–\$89,320	Other \$
\$62,081–\$66,250		

I am currently on a fixed income and receive income or benefits from one or more of the following: pensions, Social Security, SSP or SSDI, interest/dividends from retirement accounts, Medicaid/Medi-Cal (age 65 and over) or SSI.

SECTION 3 – Declaration

I acknowledge that I have read and understood the contents of this form and the information I have provided is true and correct. I also agree to the following terms and conditions:

1. I understand this certification form is not an application for the CARE or FERA discount programs and does not mean I will receive the CARE or FERA discount. This form will only be utilized by CleanPowerSF to determine eligibility for CARE or FERA for purposes of enrollment in CleanPowerSF’s SuperGreen Saver program.
2. I am not claimed as a dependent on another person’s income tax return.
3. I am not knowingly sharing an energy meter with another home.
4. I will notify CleanPowerSF if there is a change in my household’s income and/or enrollment in qualifying public assistance programs.
5. I understand I may be required to provide CleanPowerSF with proof of income and/or enrollment in qualifying public assistance programs and household occupancy information at any time. If I fail to provide requested documentation upon being requested to do so and/or received the discount when my household was not eligible, I will be removed from SuperGreen Saver and may be liable for repayment of the total discount amount received through the program.
6. I understand I may not be eligible for the CARE Program if my monthly electric usage exceeds six times the Tier 1 allowance.

X _____
Customer Signature (REQUIRED)

Date (REQUIRED)

Formulario de certificación de elegibilidad para SuperGreen Saver

Gracias por su interés en el Programa SuperGreen Saver de CleanPowerSF.

Si cumple todos los demás criterios de elegibilidad para inscribirse en SuperGreen Saver, pero no está inscrito en el programa Tarifas Alternativas de Energía para California (California Alternate Rates for Energy, CARE) o en el Programa Familiar de Reducción de las Tarifas de Energía (Family Electric Rate Assistance, FERA), puede enviar este formulario para certificar que es elegible para CARE o FERA. Para conocer las pautas de elegibilidad de CARE y FERA, visite cleanpowersf.org/loweryourbill o llame a CleanPowerSF al (415) 554-0773.

Este formulario solo se utilizará para evaluar su elegibilidad para el programa SuperGreen Saver. Si es elegible para CARE o FERA, le recomendamos que también se inscriba en uno de esos programas para recibir ahorros adicionales en su factura de electricidad además del descuento de SuperGreen Saver.

Instrucciones

1. Revise las pautas de elegibilidad de CARE y FERA en cleanpowersf.org/loweryourbill o llame a CleanPowerSF al (415) 554-0773.
2. Complete la Sección 1 de este formulario.
3. Complete la Sección 2A la Sección 2B de este formulario.
4. Envíe su formulario de elegibilidad completo para Super Green Saver a cleanpowersfforms@sflower.org.

Después de enviar su formulario completo, el personal de CleanPowerSF revisará su información y registrará su cuenta en SuperGreen Saver si se confirma que su cuenta cumple todos los demás criterios de elegibilidad y el programa tiene disponibilidad. Si el programa no tiene disponibilidad, su cuenta se agregará al final de la lista de espera.

SECCIÓN 1 – Información sobre el hogar

Número de cuenta de PG&E (obligatorio)		Nombre del titular de la cuenta (obligatorio)	
Identificación del Acuerdo de servicio (si se conoce)			
Dirección del servicio (obligatorio)			
Ciudad de la dirección del servicio (obligatorio)	Estado de la dirección del servicio (obligatorio)	Código postal de la dirección del servicio (obligatorio)	
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono	Número de teléfono alternativo	
Número de adultos en el hogar (obligatorio)		Número de niños en el hogar (obligatorio)	

SECCIÓN 2 – Calificación del hogar

Complete la Sección 2A Sección 2B.

SECCIÓN 2A – Programas de asistencia pública

Marque todos los programas en los que participa usted o alguien de su hogar.

Programa de Asistencia para Energía en Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)	Medi-Cal para familias (Familias saludables A y B)
Programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children Program)	Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program, NLSP)
CalFresh/Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (cupones para alimentos)	Oficina de Asistencia General de Asuntos Indígenas
CalWORKS (Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [Temporary Assistance to Needy Families, TANF]) o TANF tribal	Medicaid/Medi-Cal (menores de 65 años)
Elegible por ingresos de Head Start (solo tribal)	Medicaid/Medi-Cal (65 años o más)
Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)	

Si marcó alguna de las casillas de esta sección, pase a la Sección 3.

SECCIÓN 2B – Ingresos del hogar

Si no marcó ninguna de las casillas en la Sección 2A, sume todos los ingresos de cada miembro del hogar y marque la casilla a continuación que coincida con el ingreso bruto anual total de su hogar.

De \$0 a \$34,840	De \$66,251 a \$71,160	De \$89,321 a \$98,400
De \$34,841 a \$43,920	De \$71,161 a \$77,600	De \$98,401 a \$100,300
De \$43,921 a \$53,000	De \$77,601 a \$80,240	De \$100,301 a \$107,480
De \$53,001 a \$54,900	De \$80,241 a \$88,950	De \$107,481 a \$111,650
De \$54,901 a \$62,080	De \$88,951 a \$89,320	Otro \$
De \$62,081 a \$66,250		

Actualmente tengo un ingreso fijo y recibo ingresos o beneficios de uno o más de los siguientes: pensiones, Seguro Social, pago suplementario estatal (State Supplementary Payment, SSP) o Seguro de Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI), intereses/dividendos de cuentas de jubilación, Medicaid/Medi-Cal (65 años o más) o SSI.

SECCIÓN 3 – Declaración

Reconozco que he leído y comprendido el contenido de este formulario y que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. También estoy de acuerdo con los siguientes términos y condiciones:

1. Entiendo que este formulario de certificación no es una solicitud para los programas de descuento CARE o FERA y no significa que recibiré el descuento CARE o FERA. Este formulario solo será utilizado por CleanPowerSF para determinar la elegibilidad para CARE o FERA con el fin de inscribirse en el programa SuperGreen Saver de CleanPowerSF.
2. No he sido designado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
3. No comparto intencionalmente un medidor de energía con otra vivienda.
4. Notificaré a CleanPowerSF si hay un cambio en los ingresos de mi hogar o registro en programas de asistencia pública que califiquen.
5. Entiendo que se me puede solicitar que proporcione a CleanPowerSF un comprobante de ingresos o registro en programas de asistencia pública que califiquen e información sobre la ocupación en el hogar en cualquier momento. Si no proporciono la documentación requerida cuando se me solicita o recibo el descuento cuando mi hogar no fue elegible, seré eliminado de SuperGreen Saver y es posible que deba reembolsar el monto total del descuento recibido a través del programa.
6. Entiendo que es posible que no sea elegible para el Programa CARE si mi uso mensual de electricidad excede seis veces lo autorizado en el Nivel 1.

X _____

Firma del cliente (OBLIGATORIO)

Fecha (OBLIGATORIO)

SuperGreen Saver 資格證明表

感謝您對 CleanPowerSF SuperGreen Saver 計劃的關注！

如果您符合登記 SuperGreen Saver 的所有其他資格標準，但未登記加州能源代換費率 (California Alternate Rates for Energy, CARE) 或家庭電費協助 (Family Electric Rate Assistance, FERA) 折扣計劃，您可以提交此表格以證明您符合 CARE 或 FERA 的資格。有關 CARE 和 FERA 資格指南，請造訪 cleanpowersf.org/loweryourbill 或撥打 (415) 554-0773 聯繫 CleanPowerSF。

此表格僅用於評估您是否有資格參加 SuperGreen Saver 計劃。如果您符合 CARE 或 FERA 的資格，我們鼓勵您也參加其中一項計劃，以便於 SuperGreen Saver 折扣之外獲得額外的電費節省。

說明

1. 如需查閱 CARE 和 FERA 資格指南，請造訪 cleanpowersf.org/loweryourbill，或撥打 (415) 554-0773 聯繫 CleanPowerSF。
2. 填寫此表格的第 1 部分。
3. 填寫此表格的第 2A 部分或第 2B 部分。
4. 將填妥的 SuperGreen Saver 資格表提交至 cleanpowersfforms@sflower.org。

在您提交填妥的表格後，CleanPowerSF 工作人員將審查您的資訊，如果您的帳戶被確認符合所有其他資格標準且該計劃有空缺名額，工作人員會將您的帳戶登記至 SuperGreen Saver，如果該計劃沒有空缺名額，則您的帳戶將被添加到候補名單的末尾。

第 1 部分 – 家庭資訊

PG&E 帳號 (必填)		帳號持有人姓名 (必填)	
服務協議 ID (如果知道)			
服務地址 (必填)			
服務地址所在城市 (必填)		服務地址所在州 (必填)	服務地址的郵遞區號 (必填)
電子郵件地址		電話號碼	備用電話號碼
家庭成人人數 (必填)		家庭兒童人數 (必填)	

第 2 部分 – 家庭資格

填寫此表格的第 2A 部分或第 2B 部分。

第 2A 部分 – 公共援助計劃

勾選您或您的家人參加的所有計劃。

低收入家庭能源協助計劃 (Low-Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)

Medi-Cal 適合家庭 (健康家庭 A&B)

婦女、嬰兒和兒童計劃 (Women, Infants, and Children Program)

國家學校午餐計劃 (National School Lunch Program, NLSP)

CalFresh/補充營養援助計劃 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (食物券)

印地安事務局一般補助計劃 (Bureau of Indian Affairs General Assistance)

CalWORKS (困難家庭臨時援助金 [Temporary Assistance for Needy Families, TANF]) 或部落 TANF

Medicaid/Medi-Cal (65 歲以下)

符合啟蒙收入條件 (僅限部落)

Medicaid/Medi-Cal (65 歲及以上)

補充保障收入 (Supplemental Security Income, SSI)

如果您勾選本部分中的任何選項，請跳至第 3 部分。

第 2B 部分 – 家庭收入

如果您沒有勾選第 2A 部分中的任何選項，請將每個家庭成員的所有收入相加，並勾選下方與您家庭年總收入相應的選項。

\$0–\$34,840	\$66,251–\$71,160	\$89,321–\$98,400
\$34,841–\$43,920	\$71,161–\$77,600	\$98,401–\$100,300
\$43,921–\$53,000	\$77,601–\$80,240	\$100,301–\$107,480
\$53,001–\$54,900	\$80,241–\$88,950	\$107,481–\$111,650
\$54,901–\$62,080	\$88,951–\$89,320	其他\$
\$62,081–\$66,250		

我目前有固定收入，並從以下一項或多項獲得收入或福利：

養老金、社會保障、州政府補助金計劃 (State Supplemental Program, SSP) 或社會安全殘障保險 (Social Security Disability Insurance, SSDI)、退休帳戶的利息/股息、Medicaid/Medi-Cal (65 歲及以上) 或 SSI。

第 3 部分 – 聲明

本人確認本人已閱讀並理解此表格的內容，並且本人提供的資訊真實無誤。本人也同意以下條款及條件：

1. 本人了解此證明表並非 CARE 或 FERA 折扣計劃的申請表，並不表示本人將獲得 CARE 或 FERA 折扣。此表格僅供 CleanPowerSF 用於確定 CARE 或 FERA 的資格，以便登記 CleanPowerSF 的 SuperGreen Saver 計劃。
2. 並未有他人在所得稅申報表中將本人申報為受撫養人。
3. 本人並未於知情的情況下與其他家庭共用一個電表。
4. 如果本人的家庭收入和/或合格公共援助計劃的登記狀況發生變化，本人將通知 CleanPowerSF。
5. 本人明白本人可能隨時需要向 CleanPowerSF 提供收入證明和/或合格公共援助計劃的登記狀況，以及家庭入住資訊。如果本人在被要求時未能提供要求的文件和/或在本人的家庭不符合條件時獲得折扣，本人將被從 SuperGreen Saver 中除名，並可能有責任償還透過該計劃獲得的總折扣金額。
6. 本人了解如果本人的月用電量超過第 1 級限額的 6 倍，本人可能沒有資格參加 CARE 計劃。

X

客戶簽名 (必填)

日期 (必填)

Form ng Pagpapatunay sa Pagiging Kwalipikado sa SuperGreen Saver

Salamat sa iyong interes sa Programang SuperGreen Saver ng CleanPowerSF!

Kung natutugunan mo ang lahat ng iba pang pamantayan sa pagiging kwalipikado para makapag-enroll sa SuperGreen Saver pero hindi ka naka-enroll sa mga programa sa diskwento na Mga Alternatibong Rate para sa Enerhiya ng California (California Alternate Rates for Energy, CARE) o Tulong sa Pampamilyang Rate ng Kuryente (Family Electric Rate Assistance, FERA), maaari kang magsumite ng form na ito upang patunayan na kwalipikado ka para sa CARE o FERA. Para sa mga alituntunin sa pagiging kwalipikado sa CARE at FERA, bumisita sa cleanpowersf.org/loweryourbill o tumawag sa CleanPowerSF sa (415) 554-0773.

Gagamitin lang ang form na ito upang suriin ang iyong pagiging kwalipikado para sa programang SuperGreen Saver. Kung kwalipikado ka para sa CARE o FERA, hinihikayat ka naming mag-enroll din sa isa sa mga programang iyon upang madagdagan ang matitipid mo sa iyong bill ng kuryente bukod pa sa diskwento ng SuperGreen Saver.

Mga Tagubilin

1. Suriin ang mga alituntunin sa pagiging kwalipikado sa CARE at FERA sa cleanpowersf.org/loweryourbill o sa pamamagitan ng pagtawag sa CleanPowerSF sa (415) 554-0773.
2. Punan ang Seksyon 1 ng form na ito.
3. Punan ang Seksyon 2A Seksyon 2B ng form na ito.
4. Isumite ang iyong nasagutang Form ng Pagiging Kwalipikado sa SuperGreen Saver sa cleanpowersfforms@sfgwater.org.

Kapag naisumite mo na ang iyong nasagutang form, susuriin ng mga tauhan ng CleanPowerSF ang iyong impormasyon at ie-enroll nito ang account mo sa SuperGreen Saver kung nakumpirmang nakatutugon ang iyong account sa lahat ng iba pang pamantayan sa pagiging kwalipikado at may bakante pa sa programa. Kung walang bakante sa programa, idaragdag ang iyong account sa dulo ng listahan ng mga naghihintay. **SEKSYON 1 – Impormasyon ng Sambahayan**

Account Number sa PG&E (Kinakailangan)		Pangalan ng May-ari ng Account (Kinakailangan)	
Service Agreement ID (kung alam)			
Sineserbisyuhang Address (Kinakailangan)			
Lungsod ng Sineserbisyuhang Address (Kinakailangan)	Estado ng Sineserbisyuhang Address (Kinakailangan)	Zip Code ng Sineserbisyuhang Address (Kinakailangan)	
Email Address	Numero ng Telepono	Alternatibong Numero ng Telepono	

Bilang ng Mga Nasa Hustong Gulang sa Sambahayan (Kinakailangan)	Bilang ng Mga Bata sa Sambahayan (Kinakailangan)
---	--

SEKSYON 2 – Kwalipikasyon ng Sambahayan

Punan ang Seksyon 2A O Seksyon 2B.

SEKSYON 2A – Mga Programa ng Tulong sa Publiko

Lagyan ng tsek ang lahat ng programa kung saan kasali ka, o kasali ang isang taong sa iyong sambahayan.

Programang Tulong sa Kuryente sa Bahay ng May Mababang Kita (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP)	Medi-Cal para sa Mga Pamilya (Healthy Families A&B)
Programa para sa Mga Babae, Sanggol, at Bata CalFresh/Programang Dagdag na Tulong sa Nutrisyon (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (Mga stamp para sa pagkain)	Pambansang Programang Tanghalian sa Paaralan (National School Lunch Program, NLSP)
Programa para sa Mga Babae, Sanggol, at Bata CalFresh/Programang Dagdag na Tulong sa Nutrisyon (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (Mga stamp para sa pagkain)	Pangkalahatan Tulong ng Bureau of Indian Affairs
Pansamantalang Tulong para sa mga Nangangailangang Pamilya (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) mula sa CalWORKS o Tribal TANF	Medicaid/Medi-Cal (wala pang 65 taong gulang)
Kwalipikado ang Kita para sa Head Start (Pantribu lang)	
Head Start Income Eligible (Tribal only)	Medicaid/Medi-Cal (edad 65 pataas)
Karadagang Panseguridad na Kita (Supplemental Security Income, SSI)	

Kung naglagay ka ng tsek sa alinman sa mga kahon sa seksyong ito, lumaktaw papunta sa Seksyon 3.

SEKSYON 2B – Kita ng Sambahayan

Kung wala kang nilagyan ng tsek sa alinman sa mga kahon sa Seksyon 2A, mangyaring pagsamahin ang lahat ng kita mula sa bawat miyembro ng sambahayan at lagyan ng tsek ang kahon sa ibaba na tumutugma sa kabuuang taunang gross na kita ng iyong sambahayan.

\$0–\$34,840	\$66,251–\$71,160	\$89,321–\$98,400
\$34,841–\$43,920	\$71,161–\$77,600	\$98,401–\$100,300
\$43,921–\$53,000	\$77,601–\$80,240	\$100,301–\$107,480
\$53,001–\$54,900	\$80,241–\$88,950	\$107,481–\$111,650
\$54,901–\$62,080	\$88,951–\$89,320	Iba pa \$
\$62,081–\$66,250		

Kasalukuyang naka-fix ang kita ko at nakatatanggap ako ng kita o mga benepisyo mula sa isa o higit pa sa sumusunod: mga pensiyon, Social Security, Pantulong na Bayad ng Estado (State Supplementary Payment, SSP) o Insurance sa Kapansanan ng Segurong Panlipunan (Social

Security Disability Insurance, SSDI), interes/mga dividend mula sa mga account sa pagretiro, Medicaid/Medi-Cal (edad 65 pataas) o SSI.

SEKSYON 3 – Paghahayag

Kinukumpirma ko na nabasa at naunawaan ko ang mga nakapaloob sa form na ito at tunay at tama ang impormasyong ibinigay ko. Sumasang-ayon din ako sa mga sumusunod na tuntunin at kundisyon:

1. Nauunawaan ko na ang form ng pagpapatunay na ito ay hindi aplikasyon para sa mga programa sa diskwento na CARE o FERA at hindi ito nangangahulugan na makakatanggap ako ng diskwento ng CARE o FERA. Gagamitin lang ng CleanPowerSF ang form na ito upang matukoy ang pagiging kwalipikado para sa CARE o FERA para sa mga layunin ng pag-enroll sa programang SuperGreen Saver ng CleanPowerSF.
2. Hindi ako na-claim na dependent sa income tax return ng ibang tao.
3. Sa abot ng aking kaalaman, hindi ako nakikihati ng metro ng kuryente sa ibang bahay.
4. Aabisuhan ko ang CleanPowerSF kung may pagbabago sa kita ng aking sambahayan at/o sa pagkaka-enroll sa mga programa ng pampublikong tulong para maging kwalipikado.
5. Nauunawaan ko na maaaring hingian ako ng CleanPowerSF ng patunay ng kita at/o pagkaka-enroll sa mga programa ng pampublikong tulong para maging kwalipikado at impormasyon sa paninirahan ng sambahayan sa anumang oras. Kung hindi ko maibibigay ang hinihiling na dokumentasyon kapag hiniling ito at/o tumanggap ako ng diskwento nang hindi kwalipikado ang sambahayan ko, aalisin ako sa SuperGreen Saver at maaaring papanagutin ako sa pagbabayad ng kabuuang halaga ng diskwento na natanggap sa pamamagitan ng programa.
6. Nauunawaan ko na maaaring hindi ako maging kwalipikado para sa Programang CARE kung lampas ang aking buwanang paggamit ng kuryente nang anim na beses sa pinapayagan sa Tier 1.

X _____

Lagda ng Customer (KINAKAILANGAN)

Petsa (KINAKAILANGAN)