

Mi Descuento de Energía (My Energy Discount)

Solicite hoy mismo el programa de descuentos en la factura mensual de Avista.

*Obligatorio

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRE* _____ APELLIDO* _____

(Tal y como aparecen en su factura de Avista).

NÚMERO DE CUENTA DE AVISTA _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

(Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted autoriza a Avista a enviarle información referente a su cuenta de Avista).

NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA _____

DIRECCIÓN DONDE RECIBE EL SERVICIO DE GAS* (No utilice un apartado postal).

CIUDAD* _____ ESTADO* _____ CÓDIGO POSTAL* _____

MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN

CORREO CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR

¿CUÁNTAS PERSONAS RESIDEN EN SU HOGAR?* _____

INGRESOS FAMILIARES* Sume los ingresos de todos los miembros del hogar, antes de impuestos y deducciones. Seleccione los ingresos mensuales o anuales e indique la cantidad en el espacio siguiente:

INGRESOS MENSUALES _____ INGRESOS ANUALES _____

VIVIENDA Propia Rentada

FUENTE DE COMBUSTIBLE Y CALEFACCIÓN Electricidad Gas natural Otro No sabe

DATOS DEMOGRÁFICOS

Para crear un programa que sirva mejor a nuestros clientes, le agradeceríamos que nos facilitara la siguiente información demográfica opcional. Esta información voluntaria será anónima y no afectará a su capacidad para recibir ayuda. **Seleccione los cuadros que mejor lo describan como participante en el programa Mi Descuento de Energía (My Energy Discount) de Oregon:**

EDUCACIÓN 0-8.º grado 9.º-12.º No graduado de la escuela secundaria

Graduado de la escuela secundaria o certificado GED

Algunos estudios postsecundarios Graduado universitario de 2 o 4 años

¿SE IDENTIFICA COMO PERSONA DISCAPACITADA O QUE PADECE

UNA ENFERMEDAD CRÓNICA? Sí No

VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS Sí No

MAYOR DE 60 AÑOS Sí No

ORIGEN ÉTNICO

Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroestadounidense

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco Multiétnico Otro

ETNICIDAD Hispano o latino Sí No

IDIOMA PREFERIDO

Inglés Español Otro (especifique) _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA MI DESCUENTO DE ENERGÍA (MY ENERGY DISCOUNT) DE AVISTA?

Agencia comunitaria local (nombre de la agencia) _____

Avista Familia/Amigos Otra forma (especifique) _____

¿TIENE SALDOS VENCIDOS?

Si su cuenta de Avista tiene saldos vencidos al momento de procesar esta solicitud, Avista lo inscribirá en cualquier programa de asistencia para morosos para el que sea elegible.

Marque la casilla de exclusión si no desea participar.

Deseo que se me excluya de los programas de asistencia para morosos.

(continúa en el reverso)

Tamaño de la unidad familiar	Ingreso bruto total (total gross) mensual*	Ingreso bruto total (total gross) anual*
1	\$3,199	\$38,384
2	\$4,183	\$50,194
3	\$5,167	\$62,005
4	\$6,151	\$73,816
5	\$7,136	\$85,626
6	\$8,120	\$97,437
7	\$8,304	\$99,651
8	\$8,489	\$101,866
9	\$8,673	\$104,080
10	\$8,858	\$106,295
11	\$9,042	\$108,509
12	\$9,227	\$110,724
Cada miembro adicional	\$185	\$2,214

*Criterios de ingresos: 60% o menos del Ingreso Medio Estatal (State Median Income, SMI) a partir del primero de octubre de 2025.



Escanee para obtener más información.

También puede solicitarlo llamando al servicio de atención al cliente de Avista al **(800) 227-9187**.



*Obligatorio

Acuerdo de cliente:

Al firmar estos términos y condiciones, certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta.

Certifico que soy el titular de la cuenta de Avista o el coarrendatario de mi hogar, quien es financieramente responsable de la cuenta de Avista. Asimismo, reconozco haber leído y comprendido el contenido de esta solicitud.

También acepto los siguientes términos y condiciones para participar del programa de Avista Mi Descuento de Energía - Oregon (My Energy Discount – Oregon):

1. Comprendo que debo declarar mis ingresos y el número de miembros del hogar a fin de determinar si soy elegible para el programa Mi Descuento de Energía de Avista.
2. Acepto y reconozco que se me puede pedir que verifique mi elegibilidad con base en mi declaración.
3. Notificaré a mi agencia local de acción comunitaria si se produce un cambio en los ingresos del hogar y/o en el número de personas que viven en mi hogar mientras estoy inscrito en el programa
4. Comprendo que, al actualizar la información de mi hogar con mi agencia local de acción comunitaria, la cantidad de mi descuento podría modificarse para reflejar la situación de mi hogar.
5. Más allá de cualquier cambio en los ingresos de mi hogar y/o en el número de las personas que viven en el mismo, comprendo que necesitaré volver a solicitar el descuento de la factura para mantener este durante el periodo de inscripción original.
6. Comprendo que mi información se compartirá con mi agencia local de acción comunitaria para que me recomienden otros programas de asistencia.
7. Autorizo a Avista a compartir la información de mi hogar con mi agencia local de acción comunitaria.

Firma:^{*}

Fecha:^{*}

Envíe la solicitud

Ilena a:

Avista
Lobby Rep, MSC-34
P.O. Box 3727
Spokane, WA 99220-3727

También puede realizar la solicitud llamando al servicio de atención al cliente de Avista al **(800) 227-9187** de lunes a viernes de 7AM a 6PM. También puede programar una cita con la agencia local de acción comunitaria (consulte la gráfica a la derecha) para llenar la solicitud de inscripción completa, así como para recibir información sobre otras formas de asistencia.

Agencia	Información de contacto	Área de servicio
ACCESS	(541) 779-9020	Jackson County
CCNO Community Connection of Northeast Oregon, Inc.	(541) 963-7532	Union County
KLCAS Klamath & Lake Community Action	(541) 882-3500	Klamath County
UCAN United Community Action Network	(855) 935-2542	Douglas y Josephine Counties