

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 a continuación 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**.

AVISTA

***Obligatorio**

Términos y Condiciones para Participantes del Programa Mi Descuento de Energía (My Energy Discount) de Avista

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

Soy el titular de la cuenta de Avista o un miembro adulto de mi hogar que comparte la responsabilidad financiera de la cuenta de Avista.

He leído y comprendido el contenido de esta solicitud, y acepto los siguientes términos y condiciones para recibir el beneficio de **Mi Descuento de Energía de Avista**:

1. Entiendo que debo proporcionar información sobre mis ingresos y el número de integrantes de mi hogar para determinar mi elegibilidad para el programa **Mi Descuento de Energía (My Energy Discount) de Avista**.
2. Reconozco que es posible que deba verificar mi elegibilidad con mi agencia local de acción comunitaria, basándose en la información que proporcione. Autorizo a Avista a compartir mi información con dicha agencia para este propósito.
3. Notificaré a mi agencia local de acción comunitaria si hay algún cambio en los ingresos de mi hogar y/o en el número de personas que viven en mi hogar mientras esté inscrito en el programa **Mi Descuento de Energía (My Energy Discount) de Avista**.
4. Entiendo que, al actualizar la información de mi hogar con mi agencia local de acción comunitaria, el monto de mi descuento puede cambiar según la información proporcionada.
5. Entiendo que podría ser necesario volver a calificar para el programa **Mi Descuento de Energía (My Energy Discount) de Avista** para continuar recibiendo el descuento.
6. Autorizo a Avista a compartir mi información con mi agencia local de acción comunitaria para referirme a otros programas de asistencia de Avista, como los programas de climatización y asistencia para el pago de facturas.
7. Entiendo que los términos del programa Mi Descuento de Energía pueden cambiar ocasionalmente debido a factores como la disponibilidad de fondos o requisitos regulatorios.

Nombre:*

Número de Cuenta:*

Firma del Cliente:*

**Envíe la solicitud
llena 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 7PM, y los sábados de 9AM a 5PM. 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