

DESCUENTO DEL 20% SOLICITUD DE CARE

El programa de Tarifas Alternas para Energía en California (California Alternate Rates for Energy, CARE) les ofrece a los clientes elegibles de SoCalGas® un 20% de descuento en su factura de gas natural mensual. El descuento se aplicará a las facturas mensuales luego de la fecha en que SoCalGas haya aprobado la solicitud.

Por favor, envíe la solicitud completada por medio de alguno de los métodos mencionados a continuación:

- 1) Visite el sitio web myaccount.socalgas.com o socalgas.com/CAREparami. Su solicitud será procesada de manera instantánea.
- 2) Llame al 1-866-716-3452 en cualquier momento durante las 24 horas del día. Por favor, tenga su número de cuenta a mano.
- 3) Envíe el formulario completado y firmado por correo o fax al (213) 244-4665.

Hay DOS formas de cumplir con los requisitos:

Programas de asistencia pública	← ○ →	Ingreso máximo en el hogar																							
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:		en vigor del 1 de junio de 2023 al 31 de mayo de 2024																							
Medi-Cal/Medicaid Medi-Cal for Families A&B Women, Infants & Children (WIC) CalWORKs (TANF) ¹ or Tribal TANF Head Start Income Eligible (solamente tribal) Bureau of Indian Affairs General Assistance CalFresh (estampillas para comida) National School Lunch Program (NSLP) Low Income Home Energy Assistance Program Supplemental Security Income		<table><tr><td></td><td>1-2</td><td>\$39,440</td><td rowspan="8"></td></tr><tr><td rowspan="8">Número de personas en el hogar</td><td>3</td><td>\$49,720</td></tr><tr><td>4</td><td>\$60,000</td></tr><tr><td>5</td><td>\$70,280</td></tr><tr><td>6</td><td>\$80,560</td></tr><tr><td>7</td><td>\$90,840</td></tr><tr><td>8</td><td>\$101,120</td></tr><tr><td colspan="3">Por cada miembro adicional en el hogar +\$10,280</td></tr><tr><td colspan="3"><i>*Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.</i></td></tr></table>		1-2	\$39,440		Número de personas en el hogar	3	\$49,720	4	\$60,000	5	\$70,280	6	\$80,560	7	\$90,840	8	\$101,120	Por cada miembro adicional en el hogar +\$10,280			<i>*Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.</i>		
	1-2	\$39,440																							
Número de personas en el hogar	3	\$49,720																							
	4	\$60,000																							
	5	\$70,280																							
	6	\$80,560																							
	7	\$90,840																							
	8	\$101,120																							
	Por cada miembro adicional en el hogar +\$10,280																								
	<i>*Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones.</i>																								
¹ Incluye Welfare-To-Work																									

Condiciones para participar:

1) Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad presentes en la tabla de arriba. **2)** La factura de gas natural debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal. **3)** No debe figurar como dependiente en las declaraciones de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge. **4)** Debe volver a certificar su solicitud siempre que se lo soliciten. **5)** Debe notificar a SoCalGas dentro de un período de 30 días si ya no es elegible. **6)** Es posible que le soliciten que verifique su elegibilidad para el programa CARE.

Otros programas y servicios para los que puede ser elegible:

 Ayuda para su hogar Mejoras al hogar sin costo, hechas por contratistas autorizados.	Energy Savings Assistance Program	socalgas.com/Mejoras 1-800-331-7593
 Ayuda para necesidades médicas Asignación médica inicial ofrece gas natural adicional con el costo de tarifa más bajo, para condiciones médicas que califiquen. socalgas.com/Medico 1-866-431-3517	Ayuda con su factura Asistencia energética para hogares de bajos ingresos Asistencia de pago de facturas y servicios de climatización 1-866-675-6623 Plano de administración de pagos atrasados Ofrece el perdón de facturas vencidas a clientes elegibles. 1-800-427-2200	Ayuda con su teléfono California Lifeline Servicios telefónicos con descuento para clientes elegibles Para más información, visite californialifeline.com

English: 1-800-427-2200

한국어: 1-800-427-0471

中文: 1-800-427-1429

Việt: 1-800-427-0478

廣東話: 1-800-427-1420

Español: 1-800-342-4545

FAX: (213) 244-4665

Personas con discapacidad auditiva (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (disponible solo en inglés y español)



socalgas.com/es

1 (800) 342-4545



SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL 20% DE DESCUENTO

UTILICE SOLO TINTA DE COLOR AZUL OSCURO O NEGRO.

Complete y envíe esta solicitud por correo o fax, o envíela en línea a través del sitio web socalgas.com/CARE.

Envíela por correo a SoCalGas CARE Program, P.O. Box 3249, Los Angeles, CA 90051-1249, o por fax al (213) 244-4665.

NÚMERO DE CUENTA



PROPORCIONE LOS DIEZ PRIMEROS DÍGITOS DE SU NÚMERO DE CUENTA

NOMBRE DEL CLIENTE (NOMBRE Y APELLIDO TAL COMO APARECE EN SU FACTURA)

DIRECCIÓN

N.º DE APARTAMENTO/ESPACIO

CIUDAD

TELÉFONO PRINCIPAL

1

Cantidad total de personas que viven en su hogar (incluidos usted, otros adultos y niños):

1

2

3

4

5

6

Si son más de 6 miembros:

2

¿Se encuentra inscrito(a) (o alguna persona de su hogar) en alguno de los siguientes programas de asistencia?

SÍ (Si su respuesta es sí, por favor, marque el o los círculos que correspondan ●)

Medi-Cal/Medicaid: menor de 65 años

Medi-Cal/Medicaid: 65 años o más

Medi-Cal para familias A y B

Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) o TANF Tribal

Ingresos que califican para el programa Head Start (sólo Tribal)

Oficina de Asuntos Indígenas (asistencia general)

CalFresh (cupones de alimentos)

Programa Nacional de Almuerzos Escolares (National School Lunch Program, NSLP)

Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario

NO (Si su respuesta es no, ¿cuál es el ingreso anual de su hogar antes de deducir los impuestos, incluyendo a todos los miembros de su hogar?)

\$0 - \$39,440

\$39,441 - \$49,720

\$49,721 - \$60,000

\$60,001 - \$70,280

\$70,281 - \$80,560

Si su ingreso es mayor que \$80,560, ingrese el monto en dólares aquí:

\$, .00 por año.

Por favor, marque sus fuentes de ingresos

Seguro Social

Programa Suplementario Estatal (State Supplementary Program, SSP) o Ingreso del Seguro Social por Incapacidad (Social Security Disability Income, SSDI)

Pensiones

Intereses o dividendos de ahorros, acciones, bonos o cuentas de jubilación

Sueldos o salarios

Beneficios de desempleo

Seguro o acuerdos legales

Pagos por discapacidad o compensación del trabajador

Manutención conyugal o infantil

Becas, subvenciones u otra asistencia usada para gastos de subsistencia

Ingresos por alquileres o regalías

Efectivo, otros ingresos o ganancias de trabajo independiente

3

Declaración. Por favor, lea y firme el texto que se presenta a continuación.

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto proporcionar la prueba de elegibilidad a CARE si es necesario. Acepto informar a SoCalGas dentro de un período de 30 días si ya no reúno los requisitos para recibir un descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin reunir los requisitos para hacerlo, se me exigirá que pague el descuento que recibí. Autorizo a SoCalGas a compartir mi información para seguir siendo elegible a recibir asistencia disponible para la administración de energía, y los programas de reducción de precios y tarifas residenciales con otras empresas de servicios públicos, agencias estatales y entidades designadas por la CPUC.

FIRMA:

X

FECHA:

/ /