



20% DE DESCUENTO SOLICITUD PARA CARE

A través del programa Tarifas Alternas Para Energía de California (CARE), SoCalGas® ofrece un 20 por ciento de descuento en la factura mensual de gas a los clientes que reúnan los requisitos. Aquellos que califiquen y sean aprobados en un término de 90 días a partir del inicio de su nuevo servicio de gas también recibirán un descuento de \$15 en el Cargo por Establecimiento de Servicio. Recibirá su(s) descuento(s) una vez que su solicitud sea aprobada por SoCalGas. Si usted es un inquilino con submedidor, se notificará al dueño/administrador de su propiedad si usted recibió o no la aprobación para obtener el descuento.

Llene el formulario de solicitud y envíenoslo por correo o fax, o bien complete la solicitud en línea en **socalgas.com** (busque "CARE").

HAY **DOS** FORMAS DE CALIFICAR PARA EL PROGRAMA CARE

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:

Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:

Medi-Cal/Medicaid

Medi-Cal para Familias A y B

Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

CalWORKs (TANF)¹ / TANF tribal

Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)

Buró de Asistencia General para Asuntos
de Nativos Americanos

CalFresh (Estampillas para comida)

Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)

Programa de Asistencia a Hogares de Ingresos
Limitados para Gastos de Energía (LIHEAP)

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)

O BIEN

¹Incluye Asistencia Pública al Trabajo

INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:

(En vigor del 1 de junio de 2015 al 31 de mayo de 2016)

Número de personas en el hogar

Ingreso total anual*

1-2

\$31,860

3

\$40,180

4

\$48,500

5

\$56,820

6

\$65,140

7

\$73,460

8

\$81,780

Por cada miembro adicional en el hogar, añade \$8,320

*Incluye todas las fuentes de ingreso actual
en el hogar antes de deducciones.

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

- 1) La factura de gas natural debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.
- 2) No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.
- 3) Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite.
- 4) Debe notificar a SoCalGas en un término de 30 días si deja de calificar.
- 5) Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LOS QUE TAL VEZ CALIFIQUE:

Energy Savings Assistance Program: Ofrece mejoras sin costo que ahorran energía. Para más información, llame al 1-800-331-7593.

**Energy Savings
.....
Assistance ProgramSM**

Asignación Médica Inicial (Medical Baseline):

Provee asignación adicional de gas a una tarifa menor a los clientes con ciertas afecciones. Para más información, llame al 1-800-342-4545.

El Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP):

Ofrece asistencia para el pago de facturas, asistencia de emergencia para el pago de facturas y protección de la casa contra los agentes atmosféricos. Llame al Departamento de Servicios a la Comunidad al 1-866-675-6623.

California Lifeline: Ofrece telefónico a precios de descuento para los clientes que reúnan requisitos de ingreso similares a los del programa CARE. Para más información, llame al proveedor de servicio telefónico de su localidad.

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE ASISTENCIA AL CLIENTE:

English: 1-800-427-2200

한국어: 1-800-427-0471

廣東話: 1-800-427-1429

中文: 1-800-427-1420

Español: 1-800-342-4545

Việt: 1-800-427-0478

FAX: (213) 244-4665

Clientes con limitaciones auditivas TDD/TTY llamen al: 1-800-252-0259 (solo disponible en inglés y en español)

**SOLICITUD CARE PARA UN 20 % DE DESCUENTO
UTILICE SOLO TINTA DE COLOR NEGRO O AZUL OSCURO**

Por favor llene el formulario de solicitud y envíenoslo por correo, fax,
o visite **socalgas.com/español** (busque la palabra clave “CARE”).

Correo: SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 513249
Los Angeles, CA 90051-1249 o **Fax:** (213) 244-4665

NÚMERO DE CUENTA/COMPLEJO HABITACIONAL
PROPORCIONE SU NÚMERO DE CUENTA O COMPLEJO HABITACIONAL
PARA ACELERAR EL PROCESAMIENTO.

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NOMBRE DEL CLIENTE (TAL COMO APARECE EN SU FACTURA)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DOMICILIO PARTICULAR (CALLE,
NO. DE APTO., CIUDAD, CÓDIGO POSTAL): NO. DE APTO./ESPACIO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CIUDAD

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

TELÉFONO

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | - | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

CORREO ELECTRÓNICO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

1 Número total de adultos y niños que viven en su hogar:

- 1 2 3 4 5 6

Si más de 6:

2

¿Está usted (o alguien que vive en su hogar) inscrito en alguno de los siguientes programas de asistencia?

- SÍ** (Si su respuesta es afirmativa, marque el(los) programa(s) de participación ●)
- Medi-Cal/Medicaid: menor de 65 años
- Medi-Cal/Medicaid: 65 años o más
- Medi-Cal para Familias A y B
- Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
- Ingreso elegible para Head Start (tribal únicamente)
- Buró de Asistencia General para Asuntos de Nativos Americanos
- CalFresh (Estampillas para comida)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)
- Programa de Asistencia a Hogares de Ingresos Limitados para Gastos de Energía (LIHEAP)
- Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)

- NO** ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (antes de deducciones, incluyendo a todos los miembros del hogar)?
- \$0 - \$31,860
- \$31,861 - \$40,180
- \$40,181 - \$48,500
- \$48,501 - \$56,820
- \$56,821 - \$65,140
- Si es más de \$65,140, escriba el monto aquí
\$, .00 al año.

2**(CONTINÚA)****Por favor marque sus fuentes de ingreso:**

- Seguro Social
- SSP o SSDI
- Pensiones
- Intereses o dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos, o cuentas para el retiro
- Salarios y/o ingresos de autoempleo
- Beneficios de desempleo
- Pagos de pólizas de seguro o convenios judiciales
- Pagos por incapacidad o Indemnización para los trabajadores
- Pensión conyugal o alimenticia
- Becas, subvenciones u otra ayuda usada para sufragar el costo de la vida
- Ingresos por alquiler o regalías
- Dinero en efectivo y/u otros ingresos

3**¿Acepta usted lo siguiente?** Por favor lea y firme abajo.

Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Convengo en proporcionar comprobantes de elegibilidad para CARE si se me solicita. Convengo en informar a Southern California Gas Company (SoCalGas®) si dejo de calificar para recibir el descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin tener derecho al mismo, se me puede exigir la devolución del descuento recibido. Entiendo que SoCalGas puede compartir mis datos con otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.

FIRMA:

FECHA: / /