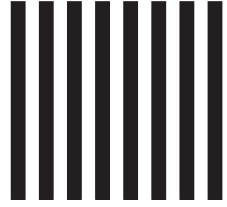




NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 11564 LOS ANGELES CA 90051

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

ATTN: CARE PROGRAM ML GT19A1
SOCALGAS
PO BOX 515005
LOS ANGELES CA 90099-5404




APPLY FOR A 20% DISCOUNT
APLIQUE PARA UN DESCUENTO DEL 20%



DID YOU KNOW...

CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY (CARE)



- » You can apply for CARE online and get approved instantly
- » Visit socialgas.com/care for details

Dear Customer

Through the California Alternate Rates for Energy (CARE) program, SoCalGas® offers eligible customers a 20 percent discount on their monthly natural gas bill. The discount will be applied to the monthly natural gas bill following the date that the application is approved by SoCalGas.

Please complete the enclosed application and return, or visit socialgas.com/care to apply online.

OTHER PROGRAMS AND SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR

<p>HELP FOR YOUR HOME</p> <p>ENERGY SAVINGS ASSISTANCE PROGRAM Offers no-cost, energy-saving home improvements socialgas.com/improvements 1-800-331-7593</p>	<p>AYUDA PARA EL HOGAR</p> <p>ENERGY SAVINGS ASSISTANCE PROGRAM Ofrece mejoras para el hogar sin costo que ahorran energía socialgas.com/mejoras 1-800-331-7593</p>
<p>HELP FOR MEDICAL NEEDS</p> <p>MEDICAL BASELINE ALLOWANCE Get additional natural gas at the lowest baseline rate if you have a serious health condition socialgas.com/medical 1-866-431-3517</p>	<p>AYUDA CON NECESIDADES MÉDICAS</p> <p>ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL Reciba gas natural adicional, a la tarifa inicial más baja si tiene una condición médica seria socialgas.com/medical 1-866-431-3517</p>
<p>HELP WITH YOUR PHONE</p> <p>CALIFORNIA LIFELINE Discounted telephone services for eligible customers For more information, contact your telephone service provider</p>	<p>AYUDA CON LA TELÉFONO</p> <p>CALIFORNIA LIFELINE Ofrece servicio telefónico a precios de descuento para los clientes Para más información, llame al proveedor de servicio telefónico de su localidad</p>
<p>HELP WITH YOUR BILL</p> <p>LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE Bill payment assistance, emergency bill assistance and weatherization services 1-866-675-6623</p>	<p>AYUDA CON LA FACTURA</p> <p>ASISTENCIA DE ENERGÍA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS Asistencia de pago de facturas, asistencia de facturas de emergencia y servicios de climatización 1-866-675-6623</p>

For information on CARE, call SoCalGas at 1-800-427-2200

Para información en Español: 1-800-342-4545

欲知詳情・請洽 免費國語專線: 1-800-427-1429

欲知詳情・請洽 免費粵語專線: 1-800-427-1420

더 자세한 안내를 받으시려면 다음 한국어 전화로 문의해 주십시오:
1-800-427-0471

Để biết thêm chi tiết bằng tiếng Việt, xin gọi:
1-800-427-0478

© 2019 Southern California Gas Company. These programs are funded by California utility customers and administered by Southern California Gas Company under the auspices of the California Public Utilities Commission. Trademarks are property of their respective owners. All rights reserved. N19E0128A 0919 21-1911



A Semptra Energy utility®

APPLY ONLINE
socialgas.com/care

APLIQUE EN LÍNEA
socialgas.com/careparami

QUALIFICATIONS FOR THE CARE PROGRAM CALIFICACIONES PARA EL PROGRAMA CARE HOW TO QUALIFY / CÓMO PUEDE CALIFICAR

PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA

If you or another person in your household receives benefits from any of the following programs:
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:

Medi-Cal/Medicaid
Medi-Cal for Families A&B
Women, Infants & Children (WIC)
CalWORKs (TANF) ¹ or / o Tribal TANF
Head Start Income Eligible – Tribal Only / Solamente tribal
Bureau of Indian Affairs General Assistance
CalFresh (Food Stamps / Estampillas para comida)
National School Lunch Program (NSLP)
Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
Supplemental Security Income

Includes: Welfare-to-Work

CONDITIONS FOR PARTICIPATION

1) You must meet the qualification requirements in the table above. **2)** The natural gas bill must be in your name and the address must be your primary address. **3)** You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse. **4)** You must recertify your application when requested. **5)** You must notify SoCalGas within 30 days if you no longer qualify. **6)** You may be asked to verify your eligibility for CARE.

MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR

(effective June 1, 2019 to May 31, 2020)
(en vigor del 1 de junio de 2019 al 31 de mayo de 2020)

Number of Persons in Household Número de Personas en el Hogar	Total Annual Income* Ingreso Total Anual [*]
1-2	\$33,820
3	\$42,660
4	\$51,500
5	\$60,340
6	\$69,180
7	\$78,020
8	\$86,860

For each additional household member, add \$8,840
Por cada miembro adicional en el hogar, añada \$8,840

*Includes current household income from all sources before deductions
*Incluye los ingresos actuales del hogar de todas las fuentes de ingreso antes de deducciones

CONDICIONES PARA PARTICIPAR

1) Debe cumplir los requisitos de elegibilidad que se muestran en la tabla anterior. **2)** La factura de gas natural debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal. **3)** No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos sobre el ingreso de otra persona que no sea su cónyuge. **4)** Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite. **5)** Debe notificar a SoCalGas en un término de 30 días si deja de calificar. **6)** Tal vez se le pida comprobar que reúne los requisitos para CARE.

FORM 9E

CARE APPLICATION SOLICITUD PARA EL PROGRAMA CARE

PLEASE USE DARK BLUE OR BLACK INK ONLY / POR FAVOR USE TINTA AZUL OSCURA O NEGRA ÚNICAMENTE

ACCOUNT NO.
NO. DE CUENTA

Please provide your account number to expedite processing.
Por favor proporcione su número de cuenta para facilitar procesamiento.

CUSTOMER NAME: First and Last as it appears on your bill / NOMBRE DEL CLIENTE: Nombre y apellido que aparece en su factura

ADDRESS / DOMICILIO

APT # / NO. DE APTO.

CITY / CIUDAD

PRIMARY PHONE / TELÉFONO PRINCIPAL

1 Total number of persons in your household (include yourself, other adults and children)
Número total de personas que viven en su hogar (inclúyase usted, otros adultos y niños)

1 2 3 4 5 6 If more than 6:

2 Are you (or someone in your household) enrolled in any of the following assistance programs?
¿Esté usted (o alguien que vive en su hogar) inscrito en alguno de los siguientes programas de asistencia?

YES (If yes, please fill in the circle(s) ●)
Sí (Si su respuesta es afirmativa, por favor rellene el/los círculo/s ●)

- Medi-Cal/Medicaid: Under age 65 / Menor de 65 años
- Medi-Cal/Medicaid: 65 or older / 65 años o más
- Medi-Cal for Families A&B
- Women, Infants and Children Program (WIC)
- CalWORKs (TANF) or Tribal TANF
- CalFresh (Food Stamps / Estampillas para comida)
- Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
- Supplemental Security Income
- National School Lunch Program (NSLP)
- Bureau of Indian Affairs General Assistance
- Head Start Income Eligible – Tribal Only / Solamente tribal

NO (If no, please answer the yearly household income question)
NO (Si es no, por favor responda la pregunta de ingreso anual)

What is your yearly household income (before deductions, including all members of the household)?
¿Cual es el ingreso anual de su hogar (antes de deducciones, incluyendo a todos miembros del hogar)?

\$0 - \$33,820 \$33,821 - \$42,660 \$42,661 - \$51,500 \$51,501 - \$60,340 \$60,341 - \$69,180

Please mark your sources of income / Por favor marque sus fuentes de ingreso

- Social Security / Seguro Social
- SSP or SSDI / SSP o SSDI
- Pensions / Pensiones
- Interest or dividends from savings, stocks, bonds, or retirement accounts / Intereses o dividendos de cuentas de ahorro, acciones, bonos, o cuentas para el retiro
- Wages and/or salary / Salarios y/o ingresos
- Cash, other income, or profit from self-employment / Efectivo, otro ingreso o ganancias de trabajo independiente
- Unemployment benefits / Beneficios de desempleo
- Insurance or legal settlements / Pagos de pólizas de seguro o convenios judiciales
- Disability or workers compensation payments / Pagos por incapacidad o indemnización para los trabajadores
- Spousal or child support / Pensión conyugal o alimenticia
- Scholarships, grants, or other aid used for living expenses / Becas, subvenciones u otros gastos de ayuda utilizados.
- Rental or royalty income / Ingresos por alquiler o regalías

3 Declaration / Declaración: Please read and sign below / Por favor lea y firme abajo

I state that the information I have provided in this application is true and correct. I agree to provide proof of CARE eligibility if asked. I agree to inform Southern California Gas Company within 30 days if I no longer qualify to receive a discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I am required to pay back the discount I received. I understand that SoCalGas can share my information with other utilities or agents to enroll me in their assistance programs.

Declaro que la información que proporciono en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Conviene en proporcionar prueba de elegibilidad en el programa CARE si se me requiere. Conviene en informar a Southern California Gas Company (SoCalGas®) en un término de 30 días si dejo de calificar para recibir el descuento. Entiendo que, si recibo el descuento sin tener derecho al mismo, se me exigirá la devolución del descuento recibido. Entiendo que SoCalGas puede compartir mis datos con otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en programas de asistencia.

SIGNATURE
FIRMA

X

DATE
FECHA / /

No Tape/No use cinta adhesiva

Moisten and Seal/Humedezca y selle

No Staples/No engrape