

A través del programa de Tarifas Alternas para Energía de California (CARE), SoCalGas ofrece a los clientes® elegibles un descuento del 20 % en su factura de gas natural mensual. El descuento se aplicará en la factura de gas natural mensual posterior a la fecha de aprobación de la solicitud por parte de SoCalGas. Si usted es un inquilino con submedidor, se informará al propietario/administrador si usted está aprobado o no para recibir el descuento.

## ENVÍE UNA SOLICITUD COMPLETA USANDO UNO DE LOS MÉTODOS QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN:

- 1) Presente una solicitud en línea en [socialgas.com/careparami](http://socialgas.com/careparami).
- 2) Llame al 866-716-3452 en cualquier momento, las 24 horas del día. Tenga a mano su número de cuenta de SoCalGas.
- 3) Devuelva el formulario completo y firmado por correo postal o fax al 213-244-4665.

## HAY DOS FORMAS DE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS.

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA La persona que reside en la instalación recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:	← 0 →	INGRESO MÁXIMO DEL HOGAR (en vigencia a partir del 1 de junio de 2019 hasta el 31 de mayo de 2020)	
		Cantidad de personas en el hogar	Ingreso anual total*
Medi-Cal/Medicaid		1-2	\$33,820
Medi-Cal para Familias A y B		3	\$42,660
Mujeres, Infantes y Niños (WIC)		4	\$51,500
CalWORKs (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, TANF) <sup>1</sup> o TANF Tribal		5	\$60,340
Ingresos que califican para el Programa Head Start. Solo Tribal		6	\$69,180
Agencia de Asuntos Indígenas. Asistencia General		7	\$78,020
CalFresh (cupones para alimentos)		8	\$86,860
Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)			
Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)			
Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario			
		Para cada miembro adicional del hogar, sume \$8,840	
		*Incluye el ingreso actual del hogar de todas las fuentes antes de deducir los impuestos.	

<sup>1</sup>Incluye asistencia pública al trabajo

## CONDICIONES PARA PARTICIPAR:

**1)** Debe cumplir con los requisitos de calificación que figuran en la tabla anterior. **2)** La factura de gas natural debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal. **3)** Usted no debe figurar como dependiente en las declaraciones de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge. **4)** Usted debe volver a acreditar su solicitud cuando se lo soliciten. **5)** Usted debe notificar a SoCalGas dentro de un plazo de 30 días si deja de cumplir con los requisitos para el programa. **6)** Debe aceptar verificar su elegibilidad para CARE previa solicitud.

## OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS PARA LOS QUE PUEDE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS:

### AYUDA PARA SU HOGAR



Reciba mejoras para su hogar en ahorro de energía de manera gratuita que lo ayudará a ahorrar dinero y a vivir más cómodamente

Energy Savings  
Assistance Program

[socialgas.com/mejoras](http://socialgas.com/mejoras)  
1-800-331-7593

### AYUDA PARA NECESIDADES MÉDICAS



**ASIGNACIÓN MÉDICA INICIAL**  
Obtenga gas natural adicional a la tasa inicial más baja si tiene una afección médica grave  
[socialgas.com/medico](http://socialgas.com/medico)  
1-866-431-3517

### AYUDA CON SU TELÉFONO



**CALIFORNIA LIFELINE**  
Servicios telefónicos con descuento para clientes elegibles  
Para obtener más información, comuníquese con el proveedor del servicio telefónico

### AYUDA CON SU FACTURA



**AYUDA ENERGÉTICA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS**  
Asistencia en el pago de la factura, asistencia con la factura de emergencia y servicios de climatización  
1-866-675-6623

# 20 % DE DESCUENTO SOLICITUD DE CARE

UTILICE SOLO TINTA DE COLOR NEGRO O AZUL OSCURO.

Complete y devuelva esta solicitud por correo postal o fax.

**Envíela por correo a:** SoCalGas M.L. GT19A1, P.O. Box 3249 Los Angeles, CA 90051-1249 o por **fax al:** (213) 244-4665

**INCLUYA SU CUENTA MAESTRA Y LA IDENTIFICACIÓN DE LA INSTALACIÓN PARA ACELERAR EL PROCESO.**

CUENTA MAESTRA

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTALACIÓN

NOMBRE DEL CLIENTE (NOMBRE Y APELLIDO, TAL COMO FIGURA EN LA FACTURA)

DIRECCIÓN

N.º DE ESPACIO

CIUDAD

TELÉFONO PRINCIPAL

**1**

**Cantidad total de personas en su hogar (inclúyase usted e incluya a otros adultos y niños):**

- 1     2     3     4     5     6     Si la cantidad es más de 6:

**2**

**¿Está (usted o alguna persona en su hogar) inscrito en alguno de los siguientes programas de asistencia?**

**SÍ (Si la respuesta es sí, rellene los círculos●)**

- Medi-Cal/Medicaid: menor de 65
- Medi-Cal/Medicaid: 65 años o más
- Medi-Cal para Familias A y B
- Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
- Ingresos que califican para el Programa Head Start. Solo Tribal
- Agencia de Asuntos Indígenas. Asistencia General
- CalFresh (cupones para alimentos)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)
- Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
- Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario

**NO (Si la respuesta es no, ¿cuál es el ingreso anual de su hogar antes de las deducciones, incluidos los ingresos de todos los miembros del hogar?)**

- \$0 - \$33,820
- \$33,821 - \$42,660
- \$42,661 - \$51,500
- \$51,501 - \$60,340
- \$60,341 - \$69,180
- Si es más de \$69,180, ingrese el monto expresado en dólares aquí

\$  ,  .00 por año.

**Marque sus fuentes de ingresos.**

- Seguro Social
- SSP o SSDI
- Jubilaciones
- 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 al trabajador
- Manutención infantil o conyugal
- 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** Lea y firme a continuación.

Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto proveer prueba de elegibilidad a CARE si es necesario. Acepto informar a Southern California Gas Company (SoCalGas)® dentro de un plazo de 30 días si dejo de cumplir con 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. Entiendo que SoCalGas puede compartir mi información con otros servicios o agentes para que se me inscriba en sus programas de asistencia.

FIRMA:

FECHA:

© 2019 Southern California Gas Company. Todas las marcas registradas pertenecen a sus respectivos propietarios. Todos los derechos reservados.

El programa CARE se financia con fondos provistos por los clientes de las empresas de servicios públicos de California y es administrado por Southern California Gas Company bajo el auspicio de la Comisión de Servicios Públicos de California. Los fondos del programa se asignarán por orden de recepción de solicitudes, hasta agotarse dichos fondos. Este programa puede ser modificado o cancelado sin previo aviso.

N19E0033A 0619 Código fuente: 9B  
Formulario 6677 ING 069 Medidor: submedidor