



A Sempra Energy utility®

Form 6491-E SP (06/14)

## **FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL DESCUENTO CARE DEL 20%**

### **El programa de Tarifas Alternas para Energía en California**

---

El programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) de Southern California Gas Company (SoCalGas®) ofrece un descuento del 20% en la factura mensual de gas a los hogares que reúnen 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 de Conexión de Servicio (*Service Establishment Charge*). El descuento se aplicará una vez que el formulario de solicitud debidamente llenado y firmado haya sido aprobado por SoCalGas.

Por favor, complete y envíe la solicitud por correo, fax, o visite [socialgas.com/español](http://socialgas.com/español) (busque la palabra clave "CARE").

# CÓMO CALIFICAR PARA EL DESCUENTO CARE:

## PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:

Si usted o alguien que vive en su hogar participa en cualquiera de estos programas:

**Medicaid / Medi-Cal, Medi-Cal para familias A & B,  
Programa para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC),  
CalWORKs (TANF) o TANF Tribal,  
CalFresh (Estampillas para Comida),  
Programa de Asistencia con la Energía Doméstica para Hogares de  
Bajos Ingresos (LIHEAP),  
Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI),  
National School Lunch Program (NSLP),  
Agencia de Asuntos Indios, Asistencia General,  
Head Start ingresos elegibles - solamente tribal**

**O**

## INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:\*

*(en vigor del 1 de junio de 2014 al 31 de mayo de 2015)*

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

Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1-2	\$31,460
3	\$39,580
4	\$47,700
5	\$55,820
6	\$63,940
7	\$72,060
8	\$80,180
Cada persona adicional	+\$8,120

## CONDICIONES PARA PARTICIPAR

La factura de gas debe estar a su nombre y la dirección debe ser su domicilio principal.

No debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona que no sea su cónyuge.

Debe recertificar su solicitud cuando se le solicite.

Debe notificar a SoCalGas en un término de 30 días si deja de calificar.

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:** Un programa de eficiencia energética para clientes de bajos recursos, ofrece mejoras gratuitas que ahorran energía en el hogar, tales como aislamiento de techo, colocación de burletes para puertas, enmasillado y reparaciones menores a la casa.



Para más información, llame al 1-800-331-7593.

**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.

**LIHEAP:** El Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Recursos 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:** Acceso 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:

Inglés: 1-800-427-2200

Mandarín: 1-800-427-1429

Español: 1-800-342-4545

Coreano: 1-800-427-0471

Cantonés: 1-800-427-1420

Vietnamita: 1-800-427-0478

Para clientes con limitaciones auditivas (TDD/TTY): 1-800-252-0259  
(disponible en inglés y español únicamente)

Fax: (213) 244-4665



A Sempra Energy utility®


**CARE PROGRAM, ML GT19A1  
PO BOX 3249  
LOS ANGELES, CA 90051-1249**

# Formulario de solicitud para la tarifa CARE del 20% de descuento

**Por favor use tinta OSCURA y escriba claramente con letra de molde para asegurar el procesamiento apropiado**

**Forma correcta de marcar los círculos: ●**

<b>1</b>	Nombre del cliente (tal como aparece en su factura):	<input type="text"/>
	Domicilio particular:	<input type="text"/>
	Número de cuenta:	<input type="text"/>
	Teléfono:	<input type="text"/>
	E-mail:	<input type="text"/>

<b>2</b>	 <b>Número total de adultos y niños que viven en su hogar:</b>	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
		<input type="radio"/> si más que 6: <input type="checkbox"/>					

**2**

**(continued)**

**¿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 & B
  - Programa para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC)
  - CalWORKs (TANF) o TANF Tribal
  - CalFresh (Estampillas para Comida)
  - Programa de Asistencia con la Energía Doméstica para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)
  - Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)
  - National School Lunch Program (NSLP)
  - Agencia de Asuntos Indios, Asistencia General
  - Head Start ingresos elegibles - solamente tribal

**No**

¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (antes de deducciones, incluyendo a todos los miembros del hogar)? ▼

- \$0 - \$31,460
- \$31,461 - \$39,580
- \$39,581 - \$47,700
- \$47,701 - \$55,820
- \$55,821 - \$63,940
- Si es más de \$63,940, escriba el monto aquí : \$     ,   .00 al año

**(continued)**

**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

**¿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 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.

**3**

Firma :

Fecha :  /  /