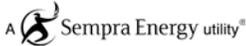


**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL DESCUENTO CARE DEL 20%****EL PROGRAMA DE TARIFAS ALTERNAS PARA ENERGÍA EN CALIFORNIA**

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. Para ver si califica, revise los requisitos que aparecen a continuación. Por favor, complete y envíe la solicitud por correo o fax. Una vez que el formulario de solicitud debidamente llenado y firmado haya sido aprobado por SoCalGas, recibirá el descuento CARE del propietario/administrador de su vivienda. Se les notificará a usted y al propietario/administrador de su vivienda si se aprobó o no el descuento. O visite socialgas.com/español (busque la palabra clave "CARE").

CÓMO CALIFICAR PARA EL DESCUENTO CARE:

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:	INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:																			
<p>Si usted o alguien que vive en su hogar participa en cualquiera de estos programas:</p> <p>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</p>	<p>(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</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="865 632 1235 705">Número de personas en el hogar</th> <th data-bbox="1235 632 1443 705">Ingreso total anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="865 705 1235 758">1-2</td> <td data-bbox="1235 705 1443 758">\$31,460</td> </tr> <tr> <td data-bbox="865 758 1235 810">3</td> <td data-bbox="1235 758 1443 810">\$39,580</td> </tr> <tr> <td data-bbox="865 810 1235 863">4</td> <td data-bbox="1235 810 1443 863">\$47,700</td> </tr> <tr> <td data-bbox="865 863 1235 915">5</td> <td data-bbox="1235 863 1443 915">\$55,820</td> </tr> <tr> <td data-bbox="865 915 1235 968">6</td> <td data-bbox="1235 915 1443 968">\$63,940</td> </tr> <tr> <td data-bbox="865 968 1235 1020">7</td> <td data-bbox="1235 968 1443 1020">\$72,060</td> </tr> <tr> <td data-bbox="865 1020 1235 1060">8</td> <td data-bbox="1235 1020 1443 1060">\$80,180</td> </tr> <tr> <td data-bbox="865 1060 1235 1060">Cada persona adicional</td> <td data-bbox="1235 1060 1443 1060">+\$8,120</td> </tr> </tbody> </table>	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
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

Esta 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
Coreano: 1-800-427-0471

Mandarín: 1-800-427-1429
Cantonés: 1-800-427-1420

Español: 1-800-342-4545
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



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

Form 6677-E SP (06/14)

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

Por favor use tinta OSCURA y escriba claramente con letra de molde para asegurar el procesamiento apropiado
Forma correcta de marcar los círculos: ●

1	Nombre del inquilino (tal como aparece en su factura):	
	Domicilio:	
	Facility ID/ Número de complejo habitacional:	<input type="text"/>
	Teléfono:	(<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	E-mail:	<input type="text"/>

2	 Número total de adultos y niños que viven en su hogar: <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 de 6: <input type="text"/>																							
	<p><u>¿Está usted (o alguien que vive en su hogar) inscrito en alguno de los siguientes programas de asistencia?</u></p> <p><input type="radio"/> Sí (Si su respuesta es afirmativa, marque el(los) programa(s) de participación) ▼</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: menor de 65 años</td> <td><input type="radio"/> Programa de Asistencia con la Energía Doméstica para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: 65 años o más</td> <td><input type="radio"/> Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Medi-Cal para familias A & B</td> <td><input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Programa para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC)</td> <td><input type="radio"/> Agencia de Asuntos Indios, Asistencia General</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal</td> <td><input type="radio"/> Head Start Ingresos Elegibles - solamente tribal</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> CalFresh (Estampillas para Comida)</td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="radio"/> No</p> <p>¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (antes de deducciones, incluyendo a todos los miembros del hogar)? ▼</p> <p><input type="radio"/> \$0 - \$31,460 <input type="radio"/> \$31,461 - \$39,580 <input type="radio"/> \$39,581 - \$47,700 <input type="radio"/> \$47,701 - \$55,820 <input type="radio"/> \$55,821 - \$63,940</p> <p><input type="radio"/> Si es más de \$63,940, escriba el monto aquí : \$ <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>, <input type="text"/><input type="text"/>.00 al año</p> <p>Por favor marque sus fuentes de ingreso: ▼</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Seguro Social</td> <td><input type="radio"/> Salarios y/o ingresos de autoempleo</td> <td><input type="radio"/> Pensión conyugal o alimenticia</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> SSP o SSDI</td> <td><input type="radio"/> Beneficios de desempleo</td> <td><input type="radio"/> Becas, subvenciones u otra ayuda usada para sufragar el costo de la vida</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Pensiones</td> <td><input type="radio"/> Pagos de pólizas de seguro o convenios judiciales</td> <td><input type="radio"/> Ingresos por alquiler o regalías</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Intereses o dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos, o cuentas para el retiro</td> <td><input type="radio"/> Pagos por incapacidad o Indemnización para los trabajadores</td> <td><input type="radio"/> Dinero en efectivo y/u otros ingresos</td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: menor de 65 años	<input type="radio"/> Programa de Asistencia con la Energía Doméstica para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)	<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: 65 años o más	<input type="radio"/> Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)	<input type="radio"/> Medi-Cal para familias A & B	<input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP)	<input type="radio"/> Programa para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC)	<input type="radio"/> Agencia de Asuntos Indios, Asistencia General	<input type="radio"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal	<input type="radio"/> Head Start Ingresos Elegibles - solamente tribal	<input type="radio"/> CalFresh (Estampillas para Comida)		<input type="radio"/> Seguro Social	<input type="radio"/> Salarios y/o ingresos de autoempleo	<input type="radio"/> Pensión conyugal o alimenticia	<input type="radio"/> SSP o SSDI	<input type="radio"/> Beneficios de desempleo	<input type="radio"/> Becas, subvenciones u otra ayuda usada para sufragar el costo de la vida	<input type="radio"/> Pensiones	<input type="radio"/> Pagos de pólizas de seguro o convenios judiciales	<input type="radio"/> Ingresos por alquiler o regalías	<input type="radio"/> Intereses o dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos, o cuentas para el retiro	<input type="radio"/> Pagos por incapacidad o Indemnización para los trabajadores
<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: menor de 65 años	<input type="radio"/> Programa de Asistencia con la Energía Doméstica para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)																							
<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: 65 años o más	<input type="radio"/> Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)																							
<input type="radio"/> Medi-Cal para familias A & B	<input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP)																							
<input type="radio"/> Programa para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC)	<input type="radio"/> Agencia de Asuntos Indios, Asistencia General																							
<input type="radio"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal	<input type="radio"/> Head Start Ingresos Elegibles - solamente tribal																							
<input type="radio"/> CalFresh (Estampillas para Comida)																								
<input type="radio"/> Seguro Social	<input type="radio"/> Salarios y/o ingresos de autoempleo	<input type="radio"/> Pensión conyugal o alimenticia																						
<input type="radio"/> SSP o SSDI	<input type="radio"/> Beneficios de desempleo	<input type="radio"/> Becas, subvenciones u otra ayuda usada para sufragar el costo de la vida																						
<input type="radio"/> Pensiones	<input type="radio"/> Pagos de pólizas de seguro o convenios judiciales	<input type="radio"/> Ingresos por alquiler o regalías																						
<input type="radio"/> Intereses o dividendos de: cuentas de ahorro, acciones, bonos, o cuentas para el retiro	<input type="radio"/> Pagos por incapacidad o Indemnización para los trabajadores	<input type="radio"/> Dinero en efectivo y/u otros ingresos																						

3	<p>¿Acepta usted lo siguiente? Por favor lea y firme abajo.</p> <p>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.</p>
	<p>Firma: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>Fecha : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>