



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 The Gas Company 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 The Gas CompanySM.

Sírvase llenar el formulario de solicitud y regresarlo en el sobre provisto, o presentarlo en línea en www.socalgas.com/sp/asistencia

CÓMO CALIFICAR PARA EL DESCUENTO CARE:

PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:	INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR: (en vigor del 1 de junio de 2011 al 31 de mayo de 2012) *ingreso actual en el hogar de todas las fuentes antes de deducciones														
Si usted o alguien que vive en su hogar participa en cualquiera de estos programas: Medicaid / Medi-Cal Healthy Families Categorías A & B Programa para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC) CalWORKs (TANF) o TANF Tribal CalFresh / SNAP (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 (BIA GA) Asistencia General Elegible para Ingreso de Ventaja Inicial - solamente tribal	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Número de personas en el hogar</th> <th>Ingreso total anual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>\$31,800</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>\$37,400</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>\$45,100</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>\$52,800</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>\$60,500</td> </tr> <tr> <td>Por cada miembro adicional en el hogar, añada</td> <td>\$7,700</td> </tr> </tbody> </table>	Número de personas en el hogar	Ingreso total anual	1-2	\$31,800	3	\$37,400	4	\$45,100	5	\$52,800	6	\$60,500	Por cada miembro adicional en el hogar, añada	\$7,700
Número de personas en el hogar	Ingreso total anual														
1-2	\$31,800														
3	\$37,400														
4	\$45,100														
5	\$52,800														
6	\$60,500														
Por cada miembro adicional en el hogar, añada	\$7,700														

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 The Gas Company 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)



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


Form 6491-D SP (06/11)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM, ML GT12F1
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 cliente (tal como aparece en su factura):	
	Domicilio:	
	Número de cuenta:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/>
	Correo electrónico:	<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"/>												
<u>¿Está usted (o alguien que vive en su hogar) inscrito en alguno de los siguientes programas de asistencia?</u>													
<input type="radio"/> Sí (Si su respuesta es afirmativa, marque el(los) programa(s) de participación) ▼													
<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"/> Healthy Families Categorías 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 (BIA GA)</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal</td> <td><input type="radio"/> Asistencia General Elegible para Ingreso de Ventaja Inicial - solamente tribal</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> CalFresh / SNAP (Estampillas para Comida)</td> <td></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"/> Healthy Families Categorías 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 (BIA GA)	<input type="radio"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal	<input type="radio"/> Asistencia General Elegible para Ingreso de Ventaja Inicial - solamente tribal	<input type="radio"/> CalFresh / SNAP (Estampillas para Comida)	
<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"/> Healthy Families Categorías 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 (BIA GA)												
<input type="radio"/> CalWORKs (TANF) o TANF Tribal	<input type="radio"/> Asistencia General Elegible para Ingreso de Ventaja Inicial - solamente tribal												
<input type="radio"/> CalFresh / SNAP (Estampillas para Comida)													
<input type="radio"/> No													
¿Cuál es el ingreso anual de su hogar (antes de deducciones, incluyendo a todos los miembros del hogar)? ▼													
<input type="radio"/> \$0 - \$31,800 <input type="radio"/> \$31,801 - \$37,400 <input type="radio"/> \$37,401 - \$45,100 <input type="radio"/> \$45,101 - \$52,800 <input type="radio"/> \$52,801 - \$60,500													
<input type="radio"/> Si es más de \$60,500, escriba el monto aquí : \$ <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> .00 al año													
Por favor marque sus fuentes de ingreso: ▼													
<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"/> 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
<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	¿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 The Gas Company 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 The Gas Company puede compartir mis datos con otras empresas de servicios públicos o agentes para inscribirme en sus programas de asistencia.
	Firma: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/> Fecha : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>