

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS
Self-Certification CARE Application
Submetered Residential (Form No. 6677-D, 06/11)

T

(See Attached Form)

(TO BE INSERTED BY UTILITY)

ADVICE LETTER NO. 4242
DECISION NO.

106

ISSUED BY

Lee Schavrien
Senior Vice President
Regulatory Affairs

(TO BE INSERTED BY CAL. PUC)

DATE FILED May 16, 2011
EFFECTIVE Jun 1, 2011
RESOLUTION NO. E-3524



A Sempra Energy utility

20% CARE DISCOUNT APPLICATION

CALIFORNIA ALTERNATE RATES FOR ENERGY

The Gas Company's California Alternate Rates for Energy (CARE) program provides a 20% discount on the monthly gas bill for eligible households. To see if you qualify, check the requirements shown below. Please complete the application and return it in the envelope provided. Once your completed and signed application is approved by The Gas CompanySM, you will receive the CARE discount from your property owner/manager. You and your property owner/manager will be notified whether or not you are approved for the discount.

Or apply online at <http://www.socalgas.com/assistance/care/>

HOW TO QUALIFY FOR THE CARE DISCOUNT:

<p>PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:</p> <p>If you or someone in your household participates in any of these programs</p> <p>Medicaid, Medi-Cal, Healthy Families A&B, Women, Infants, & Children (WIC), CalWORKs (TANF), Tribal TANF, Head Start Income Eligible - Tribal Only, Bureau of Indian Affairs General Assistance, CalFresh / SNAP (Food Stamps), National School Lunch Program (NSLP), Low Income Home Energy Assistance Program, Supplemental Security Income (SSI)</p>	OR	<p>MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME*: (effective June 1, 2011 to May 31, 2012) *current household income from all sources before deductions</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Number of Persons in Household</th> <th style="width: 40%;">Total Annual Income</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>Each additional household member, add</td> <td>\$7,700</td> </tr> </tbody> </table>	Number of Persons in Household	Total Annual Income	1-2	\$31,800	3	\$37,400	4	\$45,100	5	\$52,800	6	\$60,500	Each additional household member, add	\$7,700
Number of Persons in Household	Total Annual Income															
1-2	\$31,800															
3	\$37,400															
4	\$45,100															
5	\$52,800															
6	\$60,500															
Each additional household member, add	\$7,700															

CONDITIONS FOR PARTICIPATION

This address must be your primary address. / You must not be claimed as a dependent on another person's income tax return other than your spouse. / You must recertify your application when requested. / You must notify The Gas Company within 30 days if you no longer qualify. / You may be asked to verify your eligibility for CARE.

OTHER PROGRAMS AND SERVICES YOU MAY QUALIFY FOR:

Energy Savings Assistance Program: Offers no-cost energy-saving home improvements such as ceiling insulation, door weather-stripping, caulking and minor home repairs to eligible low-income home-owners and renters. For more information, please call 1-800-331-7593.



Medical Baseline: Provides additional allowance of gas at a lower rate to customers with certain medical conditions. For more information, call 1-800-427-2200.

LIHEAP: Low Income Home Energy Assistance Program provides bill payment assistance, emergency bill assistance and weatherization services. Call the California Dept. of Community Services and Development at 1-866-675-6623.

California Lifeline: A discounted telephone access for customers meeting similar income guidelines to CARE. For more information, contact your local telephone service provider.

FOR INFORMATION ON CARE, CALL THE GAS COMPANY AT:

English: 1-800-427-2200	Mandarin: 1-800-427-1429	Spanish: 1-800-342-4545
Korean: 1-800-427-0471	Cantonese: 1-800-427-1420	Vietnamese: 1-800-427-0478
Hearing Impaired (TDD/TTY): 1-800-252-0259 (available in English and Spanish only)		



CARE 20% Rate Discount Application

Please use DARK ink and print clearly to ensure proper processing

Correct way to mark circles: ●

Form 6677-D EN (06/11)

THE GAS COMPANY
CARE PROGRAM, ML GT12F1
PO BOX 3249
LOS ANGELES, CA 90051-1249

1

Customer Name
(as it appears on your bill):

Home Address
(street, space #, city, zip):

Facility ID:

Phone Number: () -

E-mail Address:

2

Total # of adults and children in your household: 1 2 3 4 5 6 If more than 6:

Are you (or someone in your household) enrolled in any of the following assistance programs?

YES (If yes, mark the program(s) of participation) ▼

<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: Under Age 65	<input type="radio"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
<input type="radio"/> Medi-Cal / Medicaid: 65 or older	<input type="radio"/> Supplemental Security Income (SSI)
<input type="radio"/> Healthy Families Categories A & B	<input type="radio"/> National School Lunch Program (NSLP)
<input type="radio"/> Women, Infants, and Children Program (WIC)	<input type="radio"/> Bureau of Indian Affairs General Assistance (BIA GA)
<input type="radio"/> CalWORKs (TANF) or Tribal TANF	<input type="radio"/> Head Start Income Eligible - Tribal Only
<input type="radio"/> CalFresh / SNAP (Food Stamps)	

NO

What is your yearly household income (before deductions, including all members of the household)? ▼

\$0 - \$31,800 \$31,801 - \$37,400 \$37,401 - \$45,100 \$45,101 - \$52,800 \$52,801 - \$60,500

If more than \$60,500, enter amount here: \$, .00 per year

Please mark your sources of income: ▼

<input type="radio"/> Social Security	<input type="radio"/> Wages and/or Profit from Self Employment	<input type="radio"/> Spousal or Child Support
<input type="radio"/> SSP or SSDI	<input type="radio"/> Unemployment Benefits	<input type="radio"/> Scholarships, grants, or other aid used for living expenses
<input type="radio"/> Pensions	<input type="radio"/> Insurance or Legal Settlements	<input type="radio"/> Rental or Royalty Income
<input type="radio"/> Interest or Dividends from: Savings, Stocks, Bonds, or Retirement Accounts	<input type="radio"/> Disability or Workers Compensation Payments	<input type="radio"/> Cash or Other Income

3

Do you agree to the following? Please read and sign below.

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 The Gas Company if I no longer qualify to receive the discount. I understand that if I receive the discount without qualifying for it, I may be required to pay back the discount I received. I understand that The Gas Company can share my information with other utilities or agents to enroll me in their assistance programs.

Signature: _____ Date: / /

**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. Para ver si califica, revise los requisitos que aparecen a continuación. Sírvase llenar el formulario de solicitud y regresarlo en el sobre provisto. Una vez que el formulario de solicitud debidamente llenado y firmado haya sido aprobado por The Gas CompanySM, 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 presente su formulario en-línea en www.socalgas.com/sp/asistencia.

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
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

O

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	
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

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 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 INFORMACIÓN SOBRE CARE, LLAME A THE GAS COMPANY AL:

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)



A Sempra Energy utility

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

Form 6677-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):	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Domicilio:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Facility ID/ Número de complejo habitacional:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Teléfono:	(<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Correo electrónico:	<input style="width: 100%; height: 20px;" 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 style="width: 20px; height: 20px;" 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" style="width: 100%;"> <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 style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> .00 al año														
Por favor marque sus fuentes de ingreso: ▼														
<table border="0" style="width: 100%;"> <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 style="width: 400px; height: 20px;" type="text" value="X"/> Fecha : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>