

SAMPLE FORMS: APPLICATIONS  
Self-Recertification CARE Application  
Submetered Residential (Form No. 6678-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



**YOUR RATE DISCOUNT IS EXPIRING**



Dear Customer:

Date: 06/01/2011

You are currently receiving a 20% rate discount on your monthly gas bill through The Gas Company's California Alternate Rates for Energy (CARE) program. In order to continue receiving the CARE discount from your property owner/manager, you are required to renew your eligibility within 90 days. To renew, use one of the methods listed below:

1. Return your completed and signed Recertification Form in the envelope provided,
- OR**
2. Call **1-866-716-3452** anytime 24 hours a day, 7 days a week, and follow the instructions to recertify by phone. Please have your account number ready. You can locate your facility ID at the bottom of this page,
- OR**
3. Visit our Website <http://www.socalgas.com/care/recert/> and have your facility ID ready.

**HOW TO QUALIFY FOR THE CARE DISCOUNT:**

<b>PUBLIC ASSISTANCE PROGRAMS:</b>
If you or someone in your household participates in any of these programs
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)

**OR**

<b>MAXIMUM HOUSEHOLD INCOME*:</b> <i>(effective June 1, 2011 to May 31, 2012)</i>	
<i>*current household income from all sources before deductions</i>	
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.

**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)

Facility ID:



# CARE 20% Rate Discount Recertification Form

Please use DARK ink and print clearly to ensure proper processing

Correct way to mark circles: ●

Form 6678-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, city, zip):

Facility ID:

Phone Number: ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) - ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

E-mail Address: \_\_\_\_\_

I no longer qualify or wish to participate in CARE. Please remove my account from the CARE program.  
← If you filled in this circle, please go directly to #3, **sign** at the bottom, and mail this form in the postage paid envelope provided within 90 days.

**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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**EL DESCUENTO EN SU TARIFA  
ESTÁ POR VENCER**

Apreciable cliente:

Fecha: 06/01/2011

Actualmente recibe en la factura mensual de gas un descuento del 20% en la tarifa a través del programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) de The Gas Company. Con el fin de continuar recibiendo el descuento CARE del propietario/administrador de su vivienda, debe renovar su derecho a participar dentro de 90 días. Para renovarlo, use uno de los dos métodos que se enumeran a continuación:

1. Devuelva el Formulario de Recertificación debidamente llenado y firmado en el sobre provisto,  
○
2. Llame al 1-866-716-3452 en cualquier momento las 24 horas al día, 7 días a la semana, y siga las instrucciones para recertificar por teléfono. Por favor tenga listo su número de complejo habitacional (*Facility ID*). Puede localizar su número de complejo habitacional en la parte inferior de esta página,  
○
3. Visite nuestro sitio web [www.socalgas.com/care/recert/](http://www.socalgas.com/care/recert/) y tenga listo el número de complejo habitacional (*Facility ID*).

**CÓMO CALIFICAR PARA EL DESCUENTO CARE:**

<b>PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:</b>
Si usted o alguien que vive en su hogar participa en cualquiera de estos programas: <b>Medicaid / Medi-Cal</b> <b>Healthy Families Categorías A &amp; B</b> <b>Programa para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC)</b> <b>CalWORKs (TANF) o TANF Tribal</b> <b>CalFresh / SNAP (Estampillas para Comida)</b> <b>Programa de Asistencia con la Energía Doméstica para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)</b> <b>Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)</b> <b>National School Lunch Program (NSLP)</b> <b>Agencia de Asuntos Indios, Asistencia General (BIA GA)</b> <b>Asistencia General Elegible para Ingreso de Ventaja Inicial - solamente tribal</b>

○

<b>INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:</b> <i>(en vigor del 1 de junio de 2011 al 31 de mayo de 2012)</i> *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.

**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)

Número de complejo habitacional (*Facility ID*):



SEMPRA ENERGY utility

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

Form 6678-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 complejo  
habitacional:

Teléfono: ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) - ( ) ( ) ( ) ( )

Correo electrónico:

Ya no califico o no deseo participar en CARE. Sírvanse retirar mi cuenta del programa CARE.  
← Si rellenó este círculo, por favor vaya directamente al número 3, firme en la parte de abajo, y envíe este formulario en el sobre con porte pagado provisto en un término de 90 días.

# 2

**Número total de adultos y niños que viven en su hogar:**  1  2  3  4  5  6  si más de 6:

**¿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
- 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

**No**

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

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

Si es más de \$60,500, escriba el monto aquí : \$  ,   .00 al año

**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

# 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:

Fecha :  /  /