



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

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS ALTERNAS PARA ENERGÍA EN CALIFORNIA**

El programa de Tarifas Alternas para Energía en California (CARE) de The Gas Company<sup>SM</sup> 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 servicio de gas también recibirán un descuento de \$15 en el Cargo de Conexión de Servicio (Service Establishment Charge).

Para ver si califica, revise los requisitos que aparecen a continuación. Sírvase llenar el formulario de solicitud y regresarlo en el sobre provisto. El descuento se aplicará una vez que el formulario de solicitud debidamente llenado y firmado haya sido aprobado por The Gas Company.

**HAY DOS FORMAS DE CALIFICAR PARA EL DESCUENTO DE CARE:**

<b>PROGRAMAS DE ASISTENCIA PÚBLICA:</b>
Si usted u otra persona que vive en su hogar recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas:
Medi-Cal Food Stamps TANF(AFDC) Women, Infants & Children (WIC) Healthy Families Categories A&B LIHEAP (Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos)

O

<b>INGRESO MÁXIMO EN EL HOGAR:</b> <i>(en vigor del 1 de junio de 2008 al 31 de mayo de 2009)</i>	
Número de personas en el hogar	Ingreso total anual
1-2	\$30,500
3	\$35,800
4	\$43,200
5	\$50,600
6	\$58,000
Por cada miembro adicional en el hogar, añade	\$7,400

## 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 QUIZÁ PUDIERA CALIFICAR:

- **Programa de Asistencia Directa (DAP):** Este programa de eficiencia energética para clientes de bajos recursos ofrece mejoras gratuitas para el hogar, tales como aislamiento de techo, colocación de burletes en puertas, enmasillado y reparaciones menores, a fin de ahorrar energía. 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 médica. Para más información, llame al 1-800-342-4545.
  - **Programa de Ayuda Energética para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP):** Ofrece asistencia para el pago de facturas, asistencia de emergencia para el pago de facturas y servicios de acondicionamiento contra las inclemencias del tiempo. Llame al Departamento de Servicios a la Comunidad de California al 1-866-675-6623.
  - **Servicio Telefónico Universal Lifeline (California Lifeline-ULTS):** 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

Mandarín: 1-800-427-1429

Español: 1-800-342-4545

Cantonés: 1-800-427-1420

Coreano: 1-800-427-0471

Vietnamita: 1-800-427-0478

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



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

Form 6491-B (06/08) SP

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)

Nombre del cliente:

Dirección:

Espacio / Apto #:

Ciudad:  Zip Code:

Teléfono de casa:  -  -

Número de cuenta:  Source Code: 9Q

## 1 Número total de personas que viven en su hogar

(incluidos usted, otros adultos y niños):

 

## 2A Beneficios que recibe a través de programas de asistencia pública:

Si usted, o alguien que vive en su hogar está recibiendo beneficios de uno de los programas demostrados, por favor rellene el círculo (●), luego SÁLTESE la sección **2B** y pase directamente a la sección **3**.

Medi-Cal: menor de 65 años

Food Stamps

Medi-Cal: 65 años o más

LIHEAP

WIC

TANF (AFDC)

Healthy Families A&B

***Si no marcó NINGUNO, sírvase llenar la sección **2B**.***

**Ingreso en el hogar: *Sáltese* si llenó la sección **2A**.**

**2B Parte 1:** Si no participa en ninguno de los programas que aparecen en la lista anterior, por favor rellene el círculo (●) para todas las fuentes de ingreso en su hogar y proporcione el ingreso total de su hogar en los espacios que se proporcionan en la parte de abajo:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Seguro Social  | <input type="radio"/> Salarios o sueldos                    |
| <input type="radio"/> Pensiones  | <input type="radio"/> Pagos de reclamaciones legales        |
| <input type="radio"/> SSI, SSP, SSDI   | <input type="radio"/> Beneficios de desempleo               |
|  | <input type="radio"/> Pagos de reclamaciones a seguros      |
| Intereses o dividendos de:   | <input type="radio"/> Pagos de incapacidad                  |
| <input type="radio"/> Cuentas de ahorro, Pensiones   | <input type="radio"/> Pensión conyugal                      |
| <input type="radio"/> Acciones o bonos   | <input type="radio"/> Ingresos por alquiler o regalías      |
| <input type="radio"/> Cuentas para el retiro   | <input type="radio"/> Indemnización para los trabajadores   |
|  | <input type="radio"/> Pensión alimenticia                   |
|  | <input type="radio"/> Dinero en efectivo y/u otros ingresos |
| <input type="radio"/> Becas, subvenciones u otra ayuda usada para sufragar el costo de la vida |   |
| <input type="radio"/> Utilidades de autoempleo (Formulario 1040, Anexo C, Renglón 29 del IRS)  |   |

**2B Parte 2:**

Sírvase rellena el círculo (●) que corresponde al rango del ingreso anual de su hogar antes de deducciones.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> \$0 - \$30,500   | <input type="radio"/> \$30,501 - \$35,800 | <input type="radio"/> \$35,801 - \$43,200 |
| <input type="radio"/> \$43,201 - \$50,600  | <input type="radio"/> \$50,601 - \$58,000 |   |
| <input type="radio"/> Si es más de \$58,000, escriba el monto aquí: \$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .00 al año |   |   |

**3 Declaración:** Por favor lea y firme abajo.

Declaro que la información que proporcioné en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. 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 con requisitos de ingreso.

Firma : X

Fecha: